

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE MEDICINA**

**PREVALENCIA DE DEPRESION CON RELACION A
AUTOPERCEPCION CORPORAL E INDICE DE MASA CORPORAL EN
ADOLESCENTES, DE LOS QUINTOS CURSOS DEL CICLO
DIVERSIFICADO DEL COLEGIO EXPERIMENTAL 24 DE MAYO EN
QUITO-ECUADOR EN EL AÑO LECTIVO 2010-2011**

**DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MÉDICA
CIRUJANA**

PARRA SARZOSA VERÓNICA MARÍA

DIRECTOR: DR. FRANCISCO CORNEJO

QUITO, 2011



Pontificia Universidad Católica del Ecuador

Facultad de Medicina

Av. 12 de Octubre 1076 y Roca
Apartado postal 17-01-2184
Fax: 2509-584
Telf: 2509-582
Quito - Ecuador

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

DECLARACIÓN y AUTORIZACIÓN

Yo, Verónica María Parra Sarzosa C.I. 171573183-0, autora del trabajo de graduación intitulado: “Prevalencia de depresión con relación a autopercepción corporal e índice de masa corporal en adolescentes, de los quintos cursos del ciclo diversificado del Colegio Experimental 24 de Mayo en Quito-Ecuador en el año lectivo 2010-2011”, previa a la obtención del título profesional de Médico/a Cirujano/a en la Facultad de Medicina:

- 1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de conformidad con el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.
- 2.- Autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a difundir a través de sitio web de la Biblioteca de la PUCE el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de Universidad.

Quito, 14 de octubre del 2011

Verónica María Parra Sarzosa

C.I. 171573183-0

TABLA DE CONTENIDOS

	Pág.
Capítulo I: Introducción	7
Capítulo II: Marco Teórico	
Adolescencia	9
Etapas iniciales de la adolescencia	10
Etapas intermedias de la adolescencia	13
Etapas finales de la adolescencia	16
Autoestima en la adolescencia	17
Depresión	18
Formas clínicas de los trastornos del estado del ánimo	19
Epidemiología	22
Etiología y fisiopatología	22
Depresión mayor en los adolescentes	25
Etiología y Factores de riesgo	25
Manifestaciones clínicas de depresión mayor	26
Diagnostico y sus dificultades	27
Epidemiología	28
Evaluación	30
Influencias extrafamiliares en los adolescentes y relación con la depresión	34
Evaluación de auto percepción corporal	43

Capítulo III: Metodología	48
Capítulo IV: Resultados	57
Capítulo V: Discusión	70
Capítulo VI: Conclusiones	77
Capítulo VII: Recomendaciones	78
Referencias bibliográficas	79
Anexos	91

LISTA DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico No. 1: Distribución de la población por edades	57
Gráfico No. 2: Distribución de las adolescentes según su índice de masa corporal	58
Gráfico No.3: Análisis de la presentación del IMC.....	59
Gráfico No. 4: Distribución de depresión en las adolescentes	60
Gráfico No. 5: Distribución de satisfacción corporal	61
Gráfico No. 6: Relación entre IMC y BSQ	62
Gráfico No. 7: Correlación entre IMC y BSQ	63
Gráfico No.8: Relación entre SDS y BSQ	65
Gráfico No.9: Correlación entre SPS y BSQ corporal	66
Gráfico No.11: Correlación entre IMC y SDS	67

LISTA DE CUADROS

	Pág.
Cuadro No. 1: Relación entre índice de masa corporal y Satisfacción corporal	61
Cuadro No. 2: Relación entre depresión y satisfacción corporal	64

LISTA DE ANEXOS

Anexo No. 1: Criterios DSM IV-TR de depresión mayor	91
Anexo No. 2: Criterios DSM IV-TR de episodio depresivo mayor, episodio único	92
Anexo No. 3: Criterios DSM IV-TR de trastorno depresivo mayor recidivante	93
Anexo No. 4: Criterios DSM IV-TR para trastorno distímico	94
Anexo No. 5: Historia Clínica	95
Anexo No. 6: Consentimiento informado	96
Anexo No. 7: Test de Zung	98
Anexo No. 8: Body Shape Questionnaire	99

CAPÍTULO I:

INTRODUCCIÓN

La depresión es una patología multifactorial en la que pueden converger fenómenos fisiológicos intrínsecos, como las anormalidades que pueden presentar las concentraciones de serotonina y noradrenalina dentro del sistema nervioso¹; además de factores externos que ejercen una fuerte influencia sobre el apareamiento o sobre la intensidad de la misma; y, siendo que es una entidad cuyos síntomas varían en función de la edad y el nivel de desarrollo de la persona, se espera también que la presentación sea individual, aunque se conserve el cuadro clínico que según parámetros internacionales como el del DSM² sean las manifestaciones típicas de esta patología.

Debido a que durante la etapa de la adolescencia se va formando progresivamente la identidad que caracterizará al individuo adulto³, y tomando en cuenta que los medios de comunicación y la sociedad en general colaboran a este proceso al formar parte de lo que se denominan las “influencias extrafamiliares”⁴ en la formación de la personalidad, y por ser estos fuente de estereotipos sociales, pueden ejercer una gran presión sobre esta población y colaborar a que los adolescentes se impongan a sí mismos exigencias poco reales y puntos de vista equivocados sobre modelos de

belleza y salud, lo que favorecería en individuos susceptibles, a la aparición de trastornos del ánimo, específicamente de depresión.

Al alterar la percepción de lo real y socialmente aceptable, el adolescente tiende a cambiar sus hábitos no solo alimenticios y de vestimenta sino también a tratar de complacer sus expectativas y las impuestas por la presión externa. Un cuerpo esbelto, peso bajo de las principales celebridades y gente pública, ropa cada vez mas ceñida al cuerpo y en tallas cada vez más pequeñas, son algunos de los mensajes que se envían a nuestra población joven y que participa en la aparición de problemas psicosociales que afectan su desarrollo normal, su desempeño académico y desenvolvimiento dentro de la sociedad.³

En Latinoamérica y el Caribe se describe a la depresión como frecuente en la población de adolescentes, donde según las características de la muestra y población individual, se describen prevalencias que varían desde el 0.4 al 8.3%,⁵ y su importancia radica principalmente en que estos episodios de depresión tienen altas probabilidades de repetirse en el futuro de estos individuos, en estudios longitudinales se ha visto que alrededor del 20 al 40% presentarán un nuevo episodio de depresión u otra patología psiquiátrica en los próximos 3 a 4 años posteriores al alta.^{1,6,7}

CAPÍTULO II:

MARCO TEORICO

I. ADOLESCENCIA

Durante la adolescencia se experimenta un desarrollo, tanto biológico como psicosocial, los mismos que ayudan a estructurar al individuo que progresivamente se convierte en un adulto, a su vez esta serie de cambios intrínsecos, junto con la influencia externa pueden favorecer a la aparición de desordenes del estado de ánimo en esta población.

En la actualidad se han dado cambios de concepción dentro del término “niño” como todo aquel ser humano menor de los 18 años, según la Declaración de los derechos del niño en su artículo primero. Según las nuevas legislaciones latinoamericanas y caribeñas, definen como “niño” a todo aquel ser humano hasta los 12 o 14 años, y como adolescente a todo ser humano que no ha cumplido todavía sus 18 años de edad.⁸ De acuerdo a esto, más de mil millones de los habitantes del mundo en la actualidad tienen entre 10 y 19 años y según proyecciones demográficas estos números aumentarán significativamente en los próximos diez años en los países no industrializados.⁸

Como resultado del aumento de la natalidad, y disminución de la mortalidad infantil especialmente en menores de 5 años, se ha dado un aumento representativo de la población joven de los países especialmente de la

América latina y el Caribe, que abarca alrededor del 20 % de la población,^{8,9} y que se desenvuelve en un ambiente diferente del que generaciones anteriores vivieron. En las mismas regiones la población entre 10 y 24 años es del 30%, es decir, 148 millones de personas. Se calcula que para el año 2025 esta población alcanzara 166 millones. La población adolescente representa un 21% del promedio, con variaciones desde un 13 a un 25% variando según cada país.⁹

Entre los 10 y 20 años de edad, las personas experimentan cambios rápidos del tamaño, la forma y la fisiología corporales, y del funcionamiento psicológico y social.¹⁰ La adolescencia progresa a través de tres periodos distintos, y cada una de estas etapas esta marcada por un conjunto de características biológicas y sociales sobresalientes, sin embargo la variación individual es sustancial, tanto en términos de la cronología de los cambios somáticos como de la calidad de la experiencia del adolescente, que se ven afectados también por el género, la cultura y factores estresantes físicos y sociales.³

ETAPAS INICIALES DE LA ADOLESCENCIA

- DESARROLLO BIOLÓGICO

La producción de andrógenos suprarrenales, puede ocurrir ya a los 6 años de edad, con aparición de olor axilar y ligero vello genital. Los niveles de hormona luteinizante (LH) y hormona estimulante del folículo (FSH)

aumentan de forma progresiva durante la infancia media, sin ningún efecto llamativo.

Los cambios rápidos de la pubertad comienzan con un incremento de la sensibilidad de la hipófisis a la hormona liberadora de gonadotrofinas (GnRH), la liberación pulsátil de GnRH, LH y FSH durante el sueño, y los aumentos correspondientes de andrógenos y estrógenos gonadales. Los desencadenantes de esos cambios se conocen de forma incompleta pero pueden implicar desarrollo neuronal, que progresa a lo largo de la infancia media y la adolescencia, aumento de peso y adiposidad. La secuencia resultante de cambios somáticos y fisiológicos da lugar a la escala de madurez sexual (SMR) o estadios de Tanner.¹¹ Tomando en cuenta que los límites de la normalidad del progreso a través de las fases de la maduración son muy amplios.

En las niñas el primer signo visible de pubertad es la aparición de los botones mamarios, a los 8-13 años de edad. La menarquia suele aparecer 2 a 2.5 años más tarde, alrededor del momento de crecimiento máximo de altura. Los cambios menos evidentes comprenden aumento del tamaño de ovarios, útero, labios mayores y menores y clítoris, engrosamiento del endometrio y la mucosa vaginal, y aumento del glucógeno vaginal. En ambos sexos, la aceleración del crecimiento comienza en las etapas iniciales de la adolescencia, comenzando en las estructuras distales del cuerpo, con agrandamiento de las manos y los pies, seguidas por los brazos y las piernas y, por último el tronco, y el tórax.

El aumento rápido del tamaño de la laringe, faringe y los pulmones conduce a cambios en la voz. Además, los andrógenos suprarrenales estimulan las glándulas sebáceas y favorecen el desarrollo de acné.

- **SEXUALIDAD**

La sexualidad incluye no sólo las conductas sexuales, sino también el interés y las fantasías, la orientación sexual, las actitudes hacia el otro sexo y su relación con las emociones y la percepción de las funciones y costumbres definidos socialmente. El interés por el sexo aumenta en la pubertad precoz, y la conducta sexual, aparte de la masturbación, es menos habitual, aunque se ha comunicado que un 31% de una muestra urbana practicó el coito antes de los 14 años de edad.³

- **DESARROLLO COGNITIVO Y MORAL**

Se marca la transición entre pensamiento operacional concreto y las operaciones lógicas formales, que podrían deberse a aumentos cuantitativos del conocimiento, experiencia, eficiencia cognitiva y no a una reorganización cualitativa del pensamiento.¹² Los adolescentes jóvenes pueden ser capaces de aplicar operaciones formales al trabajo escolar, pero no a los dilemas personales. Cuando las presiones emocionales son elevadas, el pensamiento mágico como la convicción de invulnerabilidad, puede interferir en la cognición de orden superior y afectar sus decisiones críticas.

La mayoría de los preadolescentes percibe lo correcto y lo erróneo como concepto absoluto e incuestionable. Con frecuencia cuestionan la moralidad recibida y adoptan las normas de conducta del grupo de compañeros por un sentido de pertenencia.

- CONCEPTO DE SI MISMO

La conciencia del propio yo aumenta exponencialmente en respuesta a las transformaciones somáticas de la pubertad. En esta fase la percepción del yo, tiende a centrarse en características externas y es normal que escudriñen su aspecto y creen que todos los demás también le están mirando. Las niñas en particular, experimentan riesgo de considerarse obesas, por lo que practicar dietas es frecuente; aquellas que se clasifican a si mismo como gordas pueden aumentar el riesgo de depresión.^{3, 5, 7,13.} Las distorsiones graves de la imagen corporal suelen aparecer en esta edad.

- RELACIONES CON LA FAMILIA, COMPAÑEROS Y SOCIEDAD

Se acelera la tendencia a la separación de la familia y hay una mayor participación en las actividades de los compañeros, lo que suelen provocar conflictos, que en realidad expresan la lucha por el poder o la dificultad para aceptar la separación. No todos los adolescentes se rebelan y no todos los padres rechazan tales afirmaciones de separación como signos de insurrección. Los adolescentes tempranos normalmente socializan en grupos de compañeros del mismo sexo. Las bromas escatológicas, las

burlas dirigidas al otro sexo y los rumores sobre quién le gusta a quién atestiguan el florecimiento del interés sexual.^{14,15}

ETAPAS INTERMEDIAS DE LA ADOLESCENCIA

- DESARROLLO BIOLÓGICO

El crecimiento se acelera por encima de la velocidad prepuberal de 6 a 7 cm anuales. En niñas, el crecimiento es máximo a los 11,5 años y alcanza una velocidad máxima de 8,3 cm anuales, hasta terminar hacia los 16 años.

El aumento de peso es paralelo al crecimiento lineal, con un retraso de varios meses. El aumento de peso puberal representa el 40% del peso del adulto. También se incrementa la masa muscular, seguida varios meses más tarde por un aumento de la fuerza. La masa corporal magra disminuye en las mujeres al 75% debido a la acumulación de grasa subcutánea.

La maduración ósea está muy relacionada con el crecimiento, debido a que el cierre de las epífisis está controlado por los andrógenos y el ensanchamiento de las caderas en las mujeres también está determinado por las hormonas. Además existe un aumento al doble de tamaño del corazón y de la capacidad vital pulmonar; la presión arterial, el volumen de sangre y el hematocrito también aumentan.^{3,14}

Durante la adolescencia media la menarquia aparece en el 30% de las niñas durante la SMR 3 y en el 90% durante la SMR 4. La menarquia suele aparecer alrededor de un año después de comenzar el estirón y su

cronología, es determinada por factores como: genética, grado de adiposidad, enfermedades crónicas, nutrición y ejercicio. Antes de la menarquia, el útero alcanza una configuración madura y aumenta la lubricación de la vagina.

- SEXUALIDAD

El cortejo se convierte en una actividad normal y el grado de actividad sexual varía mucho. A los 16 años de edad, alrededor del 30% de las niñas y el 45 % de los niños afirman haber practicado el coito, mientras que el 17% comunica caricias y alrededor del 22% besos como únicas actividades sexuales.³ Además de la orientación sexual, se presentan creencias sobre el amor, la honestidad y el decoro.

- DESARROLLO COGNITVO Y MORAL

Con la transición al pensamiento operacional formal, el adolescente medio cuestiona y analiza todo extensamente. El cuestionamiento de las convicciones morales favorece el desarrollo de códigos de ética personales.¹⁴

- CONCEPTO DE SÍ MISMO

El grupo de compañeros ejerce menos influencia, además el adolescente experimenta con personas diferentes, amigos e intereses, los que están en constante cambio. En la adolescencia media es frecuente filosofar sobre el significado de la propia vida y plantearse preguntas personales.

- RELACIONES CON LA FAMILIA, COMPAÑEROS Y SOCIEDAD

Como parte de la separación, los adolescentes se pueden distanciar de los padres, y redirigir las energías emocionales y sexuales hacia las relaciones con los compañeros y hacia el noviazgo.

Al aumentar el cortejo, disminuye la necesidad de pertenecer a grupos del mismo sexo. El atractivo físico y la popularidad siguen siendo factores críticos, tanto para las relaciones con los compañeros como para el autoestima. Los adolescentes en esta fase pueden comenzar a pensar en serio sobre lo que desean ser cuando lleguen a adultos, lo que conlleva a autoevaluarse y evaluar las oportunidades disponibles.

ETAPAS FINALES DE LA ADOLESCENCIA

- DESARROLLO BIOLÓGICO

Se presentan las fases finales del desarrollo de las mamas, el pene y el vello púbico, que ocurren entre los 17 y 18 años de edad en el 95% de las mujeres.

- DESARROLLO PISCOSOCIAL

La experimentación sexual disminuye a medida que los adolescentes adoptan identidades sexuales más estables. La cognición tiende a estar menos centrada en sí mismo, y aumenta el pensamiento sobre conceptos como justicia, patriotismo e historia. Los cambios físicos más lentos,

permiten la emergencia de una imagen corporal más estable y las relaciones íntimas conllevan más amor y compromiso. Las decisiones sobre la vida profesional se hacen imperiosas, puesto que el concepto de sí mismo del adolescente esta cada vez más relacionado con su papel en la sociedad.^{3,14,15}

AUTOESTIMA EN LA ADOLESCENCIA

En general los adolescentes suelen sentirse incómodos por sus nuevos cuerpos, mentes en desarrollo, relaciones con amigos y familiares que van cambiando, esto, debido a que los cambios en sus vidas a veces llegan más rápido que la capacidad para adaptarse a ellos.¹⁵

La falta de autoestima generalmente se agudiza durante los primeros años de la adolescencia, luego mejora un poco durante los siguientes años a medida que las nuevas identidades se fortalecen y enfocan. Los adolescentes que carecen de autoestima pueden ser solitarios, torpes en su trato con otras personas y muy sensibles a las críticas sobre lo que ellos piensan, sin embargo, como se ha mencionado, la clínica que acompaña a la falta de auto estima y alteraciones en los estados de animo puede ser variada y atípica o faltar por completo, pueden aislarse todavía más e impide que desarrollen una mejor imagen de sí mismos, y cuando entablan amistades, son más vulnerables a la presión negativa de los amigos. Según algunas investigaciones, se ha visto que las chicas adolescentes suelen dudar de sí mismas más que los varones, lo que puede derivarse de

presiones externas y a que las mujeres maduran dentro del ámbito físico más rápidamente, lo que exige que enfrenten asuntos como su apariencia, popularidad y sexualidad antes de poseer madurez emocional para hacerlo.

14

II. **DEPRESIÓN**

Los trastornos depresivos entran dentro de la clasificación de los trastornos del estado de ánimo junto con los trastornos bipolares, depresión asociada a una enfermedad médica o abuso del alcohol o de otras sustancias, las mismas que se caracterizan por deterioro de la regulación del estado del ánimo, comportamiento y de la afectividad.^{1,5}

Según la literatura, la depresión mayor unipolar se coloca en el cuarto lugar en el porcentaje de años de vida ajustados a la incapacidad, y se calcula que pasará al segundo lugar para el año 2020.^{8,12} En Estados Unidos, la pérdida de la productividad que depende directamente de la depresión se ha estimado en 44 000 millones de dólares al año,⁸ sin haber cifras que asocien estas dos variantes en Latinoamérica. Sin embargo existe una relación causa-efecto que se asocia a una baja del desempeño escolar en adolescentes que cursan un episodio de depresión mayor.

- FORMAS CLINICAS DE LOS TRASTORNOS DEL ESTADO DEL ANIMO

DEPRESION MAYOR

Se define como un estado de ánimo deprimido que se mantiene diariamente por un mínimo de dos semanas, el episodio puede caracterizarse por tristeza, indiferencia, apatía o irritabilidad y suele asociarse a cambios de los patrones de sueño, apetito o peso corporal; agitación o retardos motores, fatiga, pérdida de la capacidad de concentración y de decisión; sensación de culpa o vergüenza; y pensamientos relacionados con la muerte. Los pacientes con depresión tienen una pérdida profunda de la capacidad de sentir placer en todas las actividades susceptibles de producirlo, despiertan muy pronto por la mañana, sienten que su estado de ánimo disfórico es cualitativamente distinto de la tristeza y con frecuencia observan variaciones diurnas de su estado de ánimo, que generalmente es peor por la mañana.

Alrededor del 15% de la población general sufre un episodio de depresión mayor en algún momento de su vida, y entre 6 a 8 % de todos los pacientes ambulatorios de los servicios de atención primaria cumplen criterios diagnósticos de este trastorno.¹

TRASTORNO DISTIMICO

En algunos pacientes deprimidos, el trastorno del estado de ánimo no parece ser episódico y no se asocia de manera tan clara a una disfunción

psicosocial o a un cambio de la experiencia vital habitual de la persona. El trastorno distímico consiste en un patrón crónico, de al menos dos años de duración; de síntomas depresivos leves y constantes, menos graves y que provocan menos incapacidad que los de la depresión mayor. Sin embargo estos dos procesos pueden ser difíciles de diferenciar y podrían presentarse juntos, tomando el nombre de depresión “doble”.

Alrededor del 5% de los pacientes de atención primaria de salud sufren un trastorno distímico. Son característicos de la distimia la falta de apetito, los problemas de sueño, la disminución de la energía y el autoestima además de los sentimientos de desesperanza. La disforia es menos intensa pero obviamente más crónica, cursando únicamente con breves periodos en los que el estado de ánimo es normal. ¹

DEPRESION MENOR

El término se utiliza para personas que presentan, como mínimo, dos síntomas depresivos por el periodo de dos semanas, pero que no cumplen con todos los criterios de la depresión mayor.

TRASTORNOS DEPRESIVOS UNIPOLARES

Por lo común comienzan en los inicios de la etapa adulta y reaparecen episódicamente durante toda la vida. El elemento que mejor predice el riesgo futuro es el número de episodios previos; 50 a 60% de los pacientes que tienen un primer episodio, tendrán como mínimo una a dos recidivas. Algunos sujetos presentan múltiples episodios que se tornan más intensos y

frecuentes con el paso del tiempo. La duración de un episodio no tratado varía enormemente y va desde meses a un año o más. También es variable el patrón de recurrencia y evolución clínica en un episodio en “desarrollo”. En el propio individuo puede ser similar la naturaleza de los ataques con el paso del tiempo. En una minoría, la gravedad puede avanzar hacia la sintomatología psicótica; a veces existe un patrón estacional que se manifiesta por comienzo y remisión, de los episodios en épocas predecibles del año, lo que toma el nombre de “trastorno afectivo estacional”, que es más frecuente en las mujeres y sus síntomas consisten en anergia, fatiga, ganancia de peso, hipersomnio o ansia episódica de hidratos de carbono. La prevalencia aumenta con la distancia desde el ecuador.

TRASTORNO BIPOLAR

Es aquel en el que la alteración del estado de ánimo se ve afectada en sus dos polaridades, alternando períodos depresivos y maníacos en una misma persona, lo cual es una presentación típica del adulto, o mas frecuente en niños y adolescentes como una variación cíclica rápida del estado de ánimo , que puede tener la apariencia de una depresión irritable y una alteración de la regulación del afecto, a diferencia de las depresiones anteriores o “unipolares” con afectación única del polo depresivo. Por lo demás, siguen las características de la depresión.¹

La manía es el estado opuesto a la depresión y en ella existe un ánimo expansivo, con euforia, hiperactividad, aceleración del pensamiento,

verborrea, irritabilidad y conductas impulsivas. En los cuadros más graves pueden existir, además de alteraciones del curso, alteraciones del contenido del pensamiento con ideación megalomaniaca, en ocasiones delirante.

- EPIDEMIOLOGÍA

La frecuencia de depresión es unas dos veces mayor en las mujeres que en los varones y la incidencia aumenta con el envejecimiento en ambos géneros. Los datos de estudios en gemelos indican que la propensión a sufrir depresión mayor en las mujeres adultas en gran medida tiene origen genético. En la mayor parte de los casos están implicados tanto los factores biológicos como los psicosociales en el desencadenamiento y el mantenimiento de los episodios depresivos; los factores de estrés más intensos son los relacionados con la muerte de un familiar, la agresión o los problemas grave de pareja o de relación, pérdida del año escolar y mal rendimiento académico.

- ETIOLOGIA Y FISIOPATOLOGIA

Muchos factores contribuyen a la aparición de una depresión. Sin embargo, hay datos firmes acerca de una base genética de los trastornos depresivos mayores en todo el espectro de edades. Los estudios en gemelos han constatado un 76% de concordancia para la depresión en gemelos monocigotos criados juntos y un 67% en monocigotos criados separados en comparación con 19% en gemelos dicigotos criados juntos. También existe

una tasa aumentada de depresión de entre 3 a 6 veces mayor en los familiares de primer grado de los pacientes que sufren un trastorno afectivo mayor.^{1,5} Desde luego, los acontecimientos vitales negativos pueden precipitar una depresión y contribuir a ella, sin embargo la literatura reciente indica que los factores genéticos influyen en la sensibilidad de las personas a los acontecimientos estresantes y en la mayor parte de los casos están implicados tanto los factores biológicos como los psicosociales.

Se cree que concentraciones funcionales bajas de noradrenalina y serotonina son marcadores genéticos importantes de depresión y en pacientes deprimidos se han descrito, concentraciones urinarias bajas de 3-metoxihidroxifenilglicol y ácido 5-hidroxiindolacético.

En estudios recientes se indica polimorfismos funcionales en el gen de transportador de serotonina que podría interactuar con hechos estresantes de la vida, para incrementar enormemente el peligro de depresión y suicidio. Estudios con tomografía de emisión de positrones indican una menor actividad metabólica en los núcleos caudados y lóbulos frontales en sujetos deprimidos, que vuelve a la normalidad al recuperarse estos. Los estudios de tomografía computarizada de emisión monofotónica indican cambios similares en el flujo de sangre.

El hallazgo de concentraciones bajas de triptófano en el plasma, líquido cefalorraquídeo y en la unión del transportador serotoninérgico de las plaquetas apoya la participación del sistema de serotonina.^{16,17,18} También se ha descrito un aumento de la densidad de receptores de serotonina y un

decremento en la expresión de la unión al elemento de respuesta del monofosfato de adenosina cíclico en el cerebro de los suicidas.

Las alteraciones neuroendocrinas que reflejan los signos y síntomas neurovegetativos son:

- El aumento de la secreción de cortisol y de hormona liberadora de corticotropina (CRH).
- Aumento del tamaño de las suprarrenales.
- Descenso de la respuesta inhibitoria de los glucocorticoides a la dexametasona.
- Respuesta amortiguada de la tirotropina (TSH) a la inyección de hormona liberadora de la tirotropina (TRH)^{17,19}

Las variaciones diurnas de la gravedad de los síntomas y las alteraciones del ritmo circadiano de varios factores neuroquímicos y neurohumorales sugieren que las diferencias biológicas pueden ser secundarias a un defecto primario de la regulación de los ritmos biológicos, que incluyen alteraciones importantes en las características del sueño.^{19,20}

La depresión mayor también se acompaña de plusregulación de citocinas proinflamatorias, además de que se destaca una participación de la dopamina en la fisiopatología de la depresión,²¹ que se basa en su papel en depresiones presentes en la enfermedad de Parkinson.²² La feniletamina, la única amina estimulante natural conocida, por su acción en la homeostasis

tímica por mecanismo de retroalimentación²³ también ha sido incluida dentro de las hipótesis de la fisiopatología de la depresión.

III. **DEPRESIÓN MAYOR EN LOS/AS ADOLESCENTES**

Es frecuente que los síntomas de la depresión sean tomados como algo normal en el adolescente y no se les preste la atención suficiente por lo que muchos casos se encuentran infra diagnosticadas y, consecuentemente, infra tratadas; siendo que una adecuada terapia hace que evolucionen favorablemente, lo que incrementa la calidad de vida del adolescente, además de mejorar sus esperanzas en el futuro. Por lo tanto existe un gran interés por el tema de la depresión en este grupo etario, debido al impacto que tiene sobre el pronóstico de quienes la padecen y por la frecuencia con que se observa en ellos.^{15,17}

○ **ETIOLOGÍA Y FACTORES DE RIESGO**

Universalmente se acepta que las pérdidas afectivas o vinculares se encuentran en la base de los estados depresivos. El conductivismo postula que la depresión surge por insuficiente calidad y cantidad de refuerzos positivos. En ciertas teorías se ve en la depresión una actitud negativa hacia sí mismo, el mundo y el futuro, lo que determina respuestas afectivas negativas que equivalen a una desesperanza aprendida. Se postula también que la “falta de control”, lo que equivale a la capacidad de controlar el curso

y resultado de conducta voluntaria, es un rasgo distintivo de la depresión infantil.^{12,14}

Ahora bien, se han hallado datos firmes acerca de una base genética de los trastornos depresivos mayores en todo espectro de edades. Los individuos con un riesgo genético elevado parecen ser más sensibles a los efectos de unas condiciones ambientales adversas.^{1,5} Posee gran importancia el componente endógeno de las depresiones y el papel desempeñado por los factores hereditarios, por lo que es importante el estudio familiar, incluido el árbol genealógico.⁶

- MANIFESTACIONES CLINICAS DE DEPRESIÓN MAYOR EN LOS ADOLESCENTES

La depresión es una forma de conducta que siempre se manifiesta en las 3 áreas: cuerpo, mente y mundo externo. Esta manifestación predominará en una de las áreas en un momento dado, pero siempre en relación con las otras. Distintas etapas del desarrollo emocional y cognoscitivo hacen que la comprensión de hechos actuales, planificación del futuro y compromiso emocional involucrado sean variables, así como autoimagen, elaboración, desesperanza, y concepto de muerte, entre otras.

En general, se caracteriza por disforia que, especialmente en los niños puede caracterizarse por irritabilidad, además de una pérdida evidente de interés y placer en las actividades habituales. Existe también una variación

ponderal significativa secundaria a la disminución o el aumento del consumo de alimentos, el insomnio o la hipersomnia, la agitación o la ralentización psicomotriz y el cansancio o pérdida de energía en la mayoría de los días.

Los síntomas de un episodio depresivo mayor suelen surgir a lo largo de muchos días o semanas, la duración de cada episodio depresivo es variable, aunque sin tratamiento los síntomas persisten a menudo durante 7- 9 meses; el 6-10% de los episodios son más prolongados. ^{1,5}

- DIFICULTADES DIAGNOSTICAS

Dadas las dificultades que puede presentar el diagnóstico de la depresión en el niño y adolescente, es comprensible que se haya llevado a cabo un gran esfuerzo para desarrollar instrumentos de evaluación apropiados para esta población, especialmente tomando en cuenta que no fue sino hasta hace 20 años que los trastornos depresivos en estas poblaciones fueron totalmente aceptadas y estudiadas.

En el niño y adolescente existen 3 dificultades diagnosticas fundamentales para reconocer esta patología: la variable desarrollo, las limitaciones del niño para describir estados afectivos, y la subjetividad de adultos significativos para evaluarlos. ^{14,15}

- EPIDEMIOLOGÍA

La prevalencia de depresión varía según la muestra y la medición; los estudios en adolescentes describen tasas del 0,4-8,3% en América Latina. La prevalencia a lo largo de la vida de la depresión que se inicia en la adolescencia es del 15 al 20%,⁵ y su impacto durante el periodo de la edad adulta es del 50%.²⁴

Se espera que los trastornos depresivos, que en la actualidad son la cuarta causa de muerte y discapacidad a escala mundial, ocupen el segundo lugar, después de las cardiopatías, en 2020. Las depresiones representan, después de las enfermedades cardíacas, el mayor problema sanitario si se considera la mortalidad prematura y los años de vida útil que se pierden por incapacidad. En la actualidad 121 millones de personas padecen depresión.⁸

Más preocupantes resultan algunos resultados reportados sobre estudios longitudinales, donde se observó que en un 25% de la muestra en adolescentes, surgieron estados depresivos.²⁴ Contrasta con este dato, quiénes en investigaciones observaron que en 6000 adolescentes solo se encuentra un 1.8% de casos de depresión grave y moderada,²⁵ por lo que se deduce fácilmente que los hallazgos dependen de los instrumentos usados, de la población y rangos de edad de los adolescentes estudiados, además de las divergencias en el significado de depresión que se toman en los diferentes estudios.^{26,27}

Como se comenta anteriormente, el riesgo para el trastorno depresivo es mayor a lo largo de la vida, en las muestras de población general ha variado entre el 10 y el 25% para las mujeres y entre el 5 y el 12% para los varones. Al menos el doble de chicas que de chicos cumplen criterios de depresión durante la adolescencia;⁵ en otras literaturas se considera que la proporción entre hombres y mujeres es de 1:4, pero la depresión prepuberal es igual de frecuente en ambos sexos. Así mismo se ha visto que en adolescentes hospitalizados por alguna causa psiquiátrica, los episodios de depresión mayor se presentan en un 34%.⁶ Aportando alguna información adicional, estudios realizados en España sostienen que la prevalencia de la depresión, entre los 8 a los 16 años, no presenta diferencias entre sexos y que conforme al aumento gradual de la edad los niños mayores tienden a ser menos depresivos.²⁵

El cuadro depresivo se complica más por el hecho de que con frecuencia aparece comorbilidad: el 20-50% de los adolescentes deprimidos tiene dos o mas diagnósticos; así: ansiedad, el 30-80%; trastorno de conducta perturbadora, 10-80%; trastorno distímico 30-80% o trastorno por abuso de sustancias 20-30%.⁵ Solo se han encontrado 10%-15% de factores depresivos asociados al episodio.²⁷ Mediante tomografía computada de emisión monofotónica se ha mostrado comorbilidad de la depresión con trastornos ansiosos en un 15%, con trastorno obsesivo compulsivo en 39% de los casos y una relación con el síndrome de fatiga crónica en un 60 a 80%.⁶

Varios estudios longitudinales muestran que los niños y adolescentes deprimidos tienen más riesgo de manifestar episodios de depresión posteriores. Otros estudios han revelado que, a los dos años del primer episodio depresivo, el 40% de los niños con un episodio mayor sufren una recaída. A pesar de los tratamientos exitosos que existen en la actualidad, la depresión especialmente durante la adolescencia se encuentra infra tratada por lo que hay una pérdida de productividad en edades escolares, lo que se traduce en fracaso escolar en la adolescencia asociada a la presencia de depresión.⁵

- EVALUACIÓN

Existen numerosas escalas para la valoración de los síntomas depresivos en niños y adolescentes. Entre las escalas que han sido empleadas podemos citar: Children`s Depression Inventory (CDI), la Children`s Depression scale, y la Depression Self-Rating Scale (SDS) o Escala de depresión de ZUNG.
5,28,29

La Escala Autoaplicada de Depresión de Zung fue desarrollada por W. W. Zung en 1965 para evaluar el nivel de depresión en pacientes diagnosticados con algún desorden depresivo,²⁹ es una escala de cuantificación de síntomas de base empírica y derivada en cierto modo de la escala de depresión de Hamilton,^{30,31} ya que al igual que ella da mayor peso al componente somático-conductual del trastorno depresivo. Fue

probablemente una de las primeras en validarse en países de habla hispana y ha tenido una amplia difusión.^{32,33}

Es una escala auto aplicada formada por 20 frases relacionadas con la depresión, que indican las 4 características más comunes de la depresión: el efecto dominante, los equivalentes fisiológicos, otras perturbaciones y las actividades psicomotoras; formuladas la mitad en términos positivos y la otra mitad en términos negativos. Consta de 8 ítems para cada grupo, somáticos y cognitivos, completándose la escala con dos ítems referentes al estado de ánimo y otros dos a síntomas psicomotores.³⁴

El individuo cuantifica no la intensidad sino solamente la frecuencia de los síntomas, utilizando una escala de Likert de 4 puntos, desde: 1: raramente o nunca; hasta 4: casi todo el tiempo o siempre.

- *Interpretación*

La escala de Likert de cada ítem puntúa de 1 a 4 para los de sentido negativo, o de 4 a 1 para los de sentido positivo; el rango de puntuación es de 20 a 80 puntos. El resultado puede presentarse como el sumatorio de estas puntuaciones, o como puntuación normalizada lo que significa, la suma de las puntuaciones de cada ítem expresada como porcentaje de la máxima puntuación posible, oscilando en este caso el rango de valores entre 20 y 100.

En la bibliografía anglosajona se utiliza la puntuación normalizada, con los siguientes puntos de corte: ³¹

No depresión	< 50 (< 40 puntos)
Depresión leve	51-59 (41-47 puntos)
Depresión moderada	60-69 (48-55 puntos)
Depresión grave	> 69 (> 55 puntos)

En nuestro medio se utilizan de forma indistinta ambos sistemas, el de puntuación normalizada, y el de puntuación total, con diferentes propuestas en lo que respecta a los puntos de corte. Conde y cols, quienes fueron los primeros en validar esta escala para muestreo de individuos de habla hispana, proponen los siguientes puntos de corte: ³²

No depresión	< 35 (< 28 puntos)
Depresión leve	36-51 (28-41 puntos)
Depresión moderada	52-67 (42-53 puntos)
Depresión grave	> 68 (> 53 puntos)

Se ha cuestionado su validez de contenido, por el escaso peso que en la puntuación total tienen los síntomas psicológicos indicativos de alteración del estado de ánimo, y por la falta de especificidad y el elevado peso relativo de los ítems de contenido somático. Se ha señalado también su escasa

sensibilidad al cambio en relación al tratamiento instaurado, así como su inadecuación para valorar cuadros depresivos cuando la intensidad de los síntomas es alta, ya que sólo tiene en cuenta la frecuencia y no la intensidad de los mismos. El elevado peso que tienen los síntomas somáticos en su puntuación total puede disminuir su capacidad discriminante en pacientes con enfermedad física. Tampoco valora adecuadamente algunos síntomas presentes en depresiones atípicas, como la hiperfagia o la hipersomnia.

La existencia de un doble sistema de puntuación, que se refleja en la bibliografía de forma indistinta y, sobre todo, la falta de estandarización de los puntos de corte dificulta la comparabilidad de resultados y limita su utilidad tanto en la tipificación de intensidad / gravedad, como para la detección de casos.

- *Propiedades psicométricas*

Fiabilidad:

Los índices de fiabilidad son buenos: índices de 0,70-0,80 en la fiabilidad dos mitades, índice α de Cronbach entre 0,79 y 0,92.

Validez:

Los índices de correlación con otras escalas como la escala de depresión de Hamilton y el inventario de depresión de Beck y con el juicio clínico global oscilan entre 0.50 y 0.80. Informa sobre la presencia y severidad de la

sintomatología depresiva, y es sensible a los cambios en el estado clínico. La puntuación total no correlaciona significativamente con edad, sexo, estado civil, nivel educacional, económico ni inteligencia.

Si bien esta escala no fue diseñada para cribaje, si muestra unos aceptables índices de sensibilidad del 85 % y especificidad del 75%, cuando se aplica para detección de casos en población clínica o en población general, y ha sido ampliamente utilizada con esta finalidad.^{31,33}

- Véase anexo 1

IV. **INFLUENCIAS EXTRAFAMILIARES EN EL/LA ADOLESCENTE Y RELACIÓN CON LA DEPRESIÓN**

○ **EFFECTO DE LOS MEDIOS MASIVOS DE COMUNICACIÓN**

La imagen corporal es construida y reforzada por varias influencias sociales que incluyen: familia, compañeros, escuela y colegio, deportes, y personal del cuidado de la salud; sin embargo, la mayor influencia, la más obvia y agresiva, es la de las imágenes y mensajes subjetivos de el ideal de una belleza delgada y esbelta que se imparte por los medios masivos de comunicación; desde carteleros y radio, hasta medios que enfatizan y arraigan este mensaje como la televisión y revistas.³⁵

En la actualidad, más del 98% de hogares alrededor del mundo tienen uno o más televisores, y los niños entre los 3 y 11 años ven un promedio de 3 a 4 horas por día;⁴ este hábito comienza en la infancia, se incrementa hasta alrededor de los 12 años de edad y luego declina algo durante el resto de la adolescencia, una tendencia que se mantiene al menos en los países de Europa y Norte-América. Dentro de los 18 años, un niño nacido en esta década habrá pasado más tiempo frente el televisor que en cualquier otra actividad excepto dormir. En general, se entiende que los niños ven más televisión que las niñas, y su uso va de acuerdo a las posibilidades económicas de la familia.

Un efecto de evaluar las consecuencias globales de la televisión es ver si los niños y adolescentes que tienen acceso a este medio de comunicación difieren de manera sistemática de aquellos que no. Según varios estudios realizados principalmente en Canadá se observó que las habilidades de lectura, la creatividad de los niños y la participación comunitaria eran menores en quienes tenían acceso al televisor por varias horas al día y que la agresividad y el estereotipamiento de género eran mayores en ellos.

Así mismo, se ha visto que en los países en los que la libertad de expresión por medio de medios de comunicación masiva es un concepto relativamente reciente, se ha incrementado exponencialmente la menor satisfacción corporal, así es el caso de Pakistán, donde en estudios transversales longitudinales se ha observado una prevalencia amplia de esta realidad, en ambos sexos.³⁶ Tras análisis repetidos de la programación televisiva en

Estados Unidos, se reporta que menos del 10% de las mujeres que aparecen en programas, como entrevistadas, o en publicidad, tienen sobrepeso, y sus apariciones son esporádicas; así mismo, las cifras indican que los programas con mas rating son aquellos en los que aparecen con frecuencia o se basan en mujeres jóvenes y delgadas.³⁷ Según encuestas realizadas a las adolescentes en el mismo país se observa que toman como modelos a seguir a aquellas mujeres con mejor cuerpo, no muy inteligentes, con más dinero y con la vestimenta más a la moda. Promocionando productos para bajar de peso, máquinas para ejercicios, ropa de tallas pequeñas, etc., los medios de comunicación provocan un mundo en el que los altos estándares que maneja la belleza hacen que los individuos organicen una falsa idea de su imagen corporal y por lo tanto tienden a minimizarse y comenzar con lo que algunos autores denominan “desagrado corporal”³⁸ o muchos otros como “distorsión de la imagen corporal”³⁶.

Durante la infancia y la adolescencia temprana, cuando las comparaciones sociales juegan un rol más significativo dentro del patrón de auto percepción,³ individuos de ambos sexos, siendo especialmente más visto en mujeres, se deprimen por el hecho de no cumplir con los patrones de belleza generalizados y hacen que su auto percepción de la imagen corporal les lleve a adoptar mecanismos de defensa y modos de supervivencia poco saludables e incluso a desordenes alimenticios que ponen en peligro su vida. La capacidad de los adolescentes para el pensamiento abstracto, por contraposición a los patrones de pensamiento concreto de la infancia, les

permite realizar tareas propias de este período, como es el establecimiento de su imagen corporal. La imagen corporal es un “constructo psicológico complejo”,²⁷ que se refiere a cómo la auto percepción del cuerpo/apariencia genera una representación mental, compuesta básicamente por un esquema corporal perceptivo y así como las emociones, pensamientos y conductas asociadas.^{27,38} Otra definición para este concepto es, la que se precisa como la manera en que las personas se perciben a sí mismas y como piensan que son vistas por las demás personas.

La imagen corporal está en constante cambio, modificándose por factores biológicos y circunstancias de la vida, acentuada por el placer o el dolor; este concepto es generalmente un constructo multidimensional que comprende componentes perceptuales, cognitivos, afectivos y del comportamiento. El de las dimensiones de su cuerpo y su medición por instrumentos que requiere que una persona evalúe el tamaño de todo su cuerpo o de algunas de sus partes, mientras que los componentes cognitivos tienen que ver con las creencias sobre su propio cuerpo, como la satisfacción corporal.^{27,39}

La distorsión del tamaño corporal es un estimado erróneo en la percepción del tamaño del propio cuerpo de una persona, mientras que la insatisfacción corporal es la evaluación negativa que hace una persona de su figura.³⁵ Hay quienes definen la insatisfacción corporal como la diferencia entre el tamaño corporal que una persona percibe y el que desea.

El efecto de esta influencia sociocultural es comprobado, se ha demostrado que las mujeres se sienten peor después de estar expuestas a imágenes de modelos femeninas delgadas, más que a otros tipos de imágenes.^{35,40}

Otro aspecto importante con el que se relaciona la auto percepción es el papel que tiene en las relaciones sociales, se cree que éstas, pueden ser importantes diferentemente tanto para las relaciones del mismo sexo como con el sexo opuesto, debido a la diferencia cualitativa de la naturaleza de estas relaciones durante la adolescencia.²⁷ Esto basado en la psicología social, la cual ha mostrado el impacto de la apariencia física de un individuo y cómo otros lo perciben e interactúan con el o ella, en comparación con sujetos no atractivos recibiendo evaluaciones negativas de sus semejantes y reduciendo el contacto social.

Hallazgos en estudios realizados en adolescentes sugieren que las mujeres jóvenes con novio, tienen menor probabilidad que se comparen con las modelos delgadas del medio y en consecuencia tengan menos insatisfacción corporal y falta de autoestima, en comparación con las que no tienen novio.⁴⁰ La asociación entre tener novio y la satisfacción corporal y autoestima, apunta a que el tener pareja se asoció con menor insatisfacción corporal en mujeres universitarias.

La insatisfacción corporal, ha sido relacionada con baja autoestima, depresión y con el impulso inicial en el comportamiento de desórdenes de la conducta alimenticia, como anorexia y bulimia nerviosa, especialmente en mujeres adolescentes o adultas jóvenes, ya que para esta población la

aparición es más centrada en el auto concepto y la evaluación de los demás ^{16,17} y socioculturalmente la belleza ideal femenina es ser ultra delgada, la que es inalcanzable y poco saludable. ^{15,16,41}

En pacientes con desórdenes alimenticios, su imagen corporal es diferente y puede cambiar con el tiempo o durante el tratamiento. Aunque algunos de estos sujetos cuyo peso es inferior a lo normal, se sientan “enormes”, debido a que según investigaciones se ha documentado que todos los elementos de la auto percepción corporal están severamente disminuidos. ^{42,43} La grasa así como la musculatura corporal total se reduce marcadamente en el estado de bajo peso. Muchos pacientes temen específicamente la ganancia de peso que resulta en el desproporcional e inaceptable incremento en la circunferencia abdominal. ³⁹

En 1962 fue la primera vez que se propuso que la distorsión de la imagen corporal, evidenciada por la sobre-estimación de su tamaño, era una característica patognomónica de la anorexia nerviosa. ¹³ Desde entonces, muchos estudios han mostrado interés por este fenómeno en los trastornos alimentarios. Se ha puesto de manifiesto la inconsistencia en los resultados derivados de algunos estudios donde ciertamente se constata la sobre-estimación en anoréxicas pero también hay estudios que comprueban incluso sub-estimación del tamaño corporal en estas pacientes. Además, este fenómeno se ha encontrado a su vez presente en la población normal que suele servir de control en estos mismos estudios. ^{40,44}

Tal ha sido la representatividad de este fenómeno entre la población normal, en concreto en adolescentes, que se ha señalado la existencia de una relación entre edad y sobre-estimación, la que refiere que a menor edad, mayor sobre-estimación. Por otra parte, se está poniendo de manifiesto la relevancia que tienen actitudes y conductas asociadas a conseguir un "cuerpo socialmente deseable" ⁴⁵, todos ellos que son comunes tanto a pacientes anoréxicas o bulímicas, como a las adolescentes normales. ²⁶ En un meta-análisis realizado, se llegó a la conclusión que el modelo de belleza para mujeres que se maneja en la actualidad es la de una joven delgada, de más o menos 170.18 cm de estatura, con un peso de 100 libras, talla 5 en pantalones, con cabello rubio, largo y ojos azules. ³⁵ La internalización de este modelo de belleza bastante rígido y poco realista hace que a la adolescente comience a desagradarle su físico, baje su autoestima, y que inclusive, en personas susceptibles, se presenten desórdenes alimenticios. Se ha visto que la prevalencia de estos eventos es mayor en adolescentes mujeres y adultas jóvenes, y, que al menos en un principio la actividad inicial más común es someterse a una dieta baja en alimentos y calorías. ⁴⁶ Sin embargo, debido a la genética individual y fisiología de la regulación del peso, solo pocas adolescentes son las que logran alcanzar a completar los estándares impuestos por el medio, independientemente de la sociedad en la que se desenvuelva. La imagen de la mujer perfecta, la que tiene piel sin imperfecciones, un tronco delgado, piernas largas y un busto bien dotado, no solo llena las expectativas físicas sino también las morales, ya que según los

estudios se ha visto que para llenar el “molde” además, posee un buen comportamiento.⁴⁷

Las adolescentes al internalizar que la mujer es objeto de deseo y que no tiene necesidad de una formación académica compleja, no solo adopta el discomfort con su cuerpo sino también mira a su físico como una meta a corto y largo plazo sin importar su inteligencia y logros formales. Parecerían contradictorias las imágenes que se presentan a diario, en forma casi permanente de la contextura delgada, y la gran cantidad de anuncios de alimentos de comida alta en carbohidratos y grasas, y por lo tanto en calorías, lo que lo vuelve al proyecto del cuerpo ideal en algo aun más difícil de alcanzar.

Como se ha mencionado en el concepto de auto imagen corporal intervienen no solo elementos perceptivos sino también actitudes, emociones y reacciones de la personalidad de los individuos ante sus cuerpos.³⁷

Los resultados entre estudios longitudinales realizados en varias poblaciones son claros, a mayor exposición a los medios masivos de comunicación que posean imágenes que concuerden con el “ideal” propuesto , presentan mayor desagrado por su cuerpo, mayor sintomatología depresiva y mayores alteraciones en los hábitos alimenticios.^{35, 48, 49} Sin embargo, existen también resultados que se contradicen, en los que hay adolescentes mujeres quienes al ser expuestas a dosis altas de publicidad restrictiva de acuerdo a los

modelos de belleza, se sienten bien con sus cuerpos, a diferencia de aquellas a las que se les ofreció publicidad neutral.

Es tal el impacto de la publicidad impartida en la población adolescente y en su percepción de la belleza y, por lo tanto de su imagen corporal que se calcula que al menos un 69% de adolescentes reportan haber cambiado su concepto de belleza por los medios de comunicación y que el 47% ha reportado querer bajar de peso por la misma razón.⁴⁸ Así mismo, se encontró una relación positiva entre frecuencia de leer revistas únicamente para mujeres y la frecuencia de realizar dietas para bajar de peso, la iniciación de un programa de ejercicios y cambio de hábitos de vida.

En Estados Unidos, en población hispana se calcula que solo del 0.1% al 3% de las adolescentes, cumplen todos los criterios de desordenes alimenticios, que se acompañan de depresión y la sintomatología física que en general puede ser: dilatación gástrica aguda, ruptura gástrica, alcalosis metabólica, arritmias cardíacas y muerte.^{49,50} Y tras las investigaciones realizadas, se observó que en todas esas adolescentes, todo comenzó por una insatisfacción permanente con su imagen corporal.⁵¹ También, se ha visto que cada vez la edad de comienzo de toda esta gama de síntomas es más temprana, y que se presenta con mayor frecuencia en adolescentes latinas que en las adolescente de raza aria, se supone, que en concepto esto se debe a que las mujeres latinas poseen “curvas”, aunque la diferencia no es representativa.⁵²

○ EVALUACION DE AUTOPERCEPCIÓN CORPORAL

Existen en la actualidad varios cuestionarios, auto-aplicados, de fácil realización para poder identificar si un individuo se encuentra conforme o no con su imagen corporal. En estas últimas décadas se han desarrollado básicamente dos tipos de instrumentos para la verificación de las alteraciones de la Imagen Corporal: Evaluación gráfica que se basa por ejemplo en la evaluación por medio de siluetas, técnicas de distorsión de imágenes fotográficas o de video; y Evaluación a través de cuestionarios.

El Body Shape Questionnaire/ cuestionario de figura corporal (BSQ)^{53,55} fue elaborado por Cooper, Taylor, Cooper y Fairburn en 1987 y adaptado a población española por Raich en el año de 1996 tomando el nombre en español de Cuestionario de forma corporal (CFC). En su adaptación para población española también se han realizado validaciones en Costa Rica y Colombia, por nombrar algunos países de habla hispana.

Este cuestionario, permite obtener una puntuación global, es decir la suma de las puntuaciones directas de los ítems y se pueden derivar en 4 subescalas: Insatisfacción Corporal, Miedo a Engordar, Baja Estima por la Apariencia y Deseo de perder peso.⁵³

El BSQ muestra elevada validez concurrente con otros instrumentos similares como el Multidimensional Body Self-Relations Questionnaire (MBSRQ) y la subescala de insatisfacción corporal del Eating Disorders

Inventory (EDI).⁶⁰ Se le considera una herramienta para evaluar las variables cognitivo-actitudinales y comportamentales para evaluar la insatisfacción corporal; representa una medida objetiva de la preocupación sobre el peso y la imagen corporal, por lo que puede ser usado para evaluar trastornos de la imagen corporal en puntuaciones elevadas.

También puede ser una herramienta útil para el estudio exploratorio de individuos en riesgo de desarrollar un trastorno del comportamiento alimentario, teniendo en cuenta que el trastorno del esquema corporal es sólo uno de los síntomas de esta patología y que individuos obesos o con dietas severas pueden también puntuar alto en el BSQ, aunque puede haber dificultades para discriminar insatisfacción en este tipo de personas.^{53,61}

Este cuestionario puede ser utilizado para monitorizar la respuesta al tratamiento en los trastornos del comportamiento alimentario. Las preguntas evalúan un solo concepto psicológico que puede dividirse en dos versiones del mismo problema: la insatisfacción corporal y la preocupación por el peso. El cuestionario es auto administrado y la persona responde según su auto percepción y el grado de identificación sobre cada ítem en las últimas cuatro semanas. El objetivo central de la prueba es evaluar las alteraciones actitudinales de la imagen corporal. El cuestionario ha mostrado un adecuado poder discriminante, estadísticamente significativo, entre pacientes con bulimia nerviosa, con posible bulimia nerviosa y sin trastorno del comportamiento alimentario. Se ha observado que esta prueba puede ser una puerta de entrada para que los clínicos e investigadores hagan una

detección temprana de los casos susceptibles a ser estudiados en detalle para su posible inclusión en programas de profilaxis o de atención clínica.

53,60

El Body Shape Questionnaire (BSQ) como se ha mencionado, es un instrumento ampliamente usado para detectar insatisfacción corporal basándose en su sentimiento de gordura; y se han presentado varias formas abreviadas de este cuestionario con el paso del tiempo, ⁵³ en su versión completa consta de 34 ítems, diseñado para evaluar preocupaciones por el esquema y el peso corporal y, es especial, la experiencia de “sentirse gordo”, en individuos con o sin trastornos de alimentación.⁵⁴ El tiempo aproximado necesario para la realización de este test es de 10 a 15 minutos. Alcanza la mayor utilidad cuando se utiliza en muestras clínicas y comunitarias, y no como un instrumento de tamizaje en individuos con trastornos de la alimentación ya identificados.^{54,55,56}

El coeficiente de consistencia interna obtenido para el BSQ en una muestra no clínica fue de 0,97. El coeficiente de correlación intraclase obtenido en la prueba test-retest, administrada con 21 días de diferencia, fue de 0,88.⁸

- *Características del cuestionario:*

Los 34 ítems están formulados para evaluar aspectos actitudinales de la imagen corporal: insatisfacción/preocupación por el peso y línea. El cual es muy útil para discriminar entre personas sin problemas, personas preocupadas por su imagen corporal y personas con trastornos alimentarios.

- *Estructura factorial:*

La escala original reporta una estructura monofactorial, sin embargo, en la adaptación latina se encontraron cinco factores principales. En su validación a la población hispana se utiliza el método de componentes principales obtuvieron una estructura bifactorial que explica el 62.88% de varianza. Sin embargo al analizar las cargas factoriales se encontró que solo el ítem 32 presenta una mayor carga para el segundo factor (.579) aunque presenta también una carga alta en el primero (.522), de tal forma y de acuerdo al criterio de punto de inflexión de la curva de sedimentación se determina una estructura monofactorial que explica el 57.35% de varianza.^{56, 58}

- Codificación:

Es una escala tipo Likert con 6 opciones de respuesta:

1) Nunca 2) Raramente 3) Algunas Veces 4) A Menudo 5) Muy a Menudo 6) Siempre

Se puede obtener una puntuación entre 34 y 204 puntos. Sus puntuaciones se clasifican en cuatro categorías:

<81	no hay insatisfacción corporal;
81-110	leve insatisfacción corporal;
111-140	moderada insatisfacción corporal;
>140	extrema insatisfacción corporal ⁵⁴

- *Propiedades psicométricas:*

- **Fiabilidad:**

La consistencia interna obtenida en muestra no clínica es de $\alpha=.97$. La fiabilidad obtenida en población Mexicana es también de $\alpha=.97$.

- **Validez:**

Cuenta con una validez convergente con la subescala de insatisfacción corporal del EDI de 0.78 y con el EAT de 0.71. Se reporta una correlación significativa y positiva alta con conducta alimentaria de riesgo ($r= .613$; $p=.000$) y con la subescala de conducta compensatoria alimentaria ($r= .618$; $p=.000$), asimismo se observa una correlación significativa y media baja con victimización escolar ($r= .310$; $p=.000$), y correlaciones significativas y negativas de rango medio con sintomatología depresiva ($r= -.397$; $p=.000$) y autoestima general ($r= -.322$; $p=.000$) y dificultad para identificar y expresar emociones ($r= -.381$; $p=.000$).^{53,54,56,59}

Dicho instrumento cuenta con un coeficiente de consistencia interna obtenido en una muestra no clínica de en población española es de $\alpha=.97$.

^{56,60} Cuenta con una validez convergente con la subescala de insatisfacción corporal del EDI de .78 y con el EAT de .71^{61,62}

- Véase Anexo 2

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN Y OBJETIVOS

- PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

¿Existe relación entre la auto percepción corporal y la depresión de las adolescentes mujeres de los quintos cursos del Colegio Experimental 24 de Mayo de Quito-Ecuador en el año lectivo 2010-2011?

- OBJETIVOS

GENERALES:

Determinar la relación entre depresión y la auto percepción corporal en mujeres adolescentes de los quintos cursos del Colegio Experimental 24 de Mayo de Quito-Ecuador que cursan el año lectivo 2010-2011.

ESPECIFICOS:

- Determinar la prevalencia de depresión en el grupo estudiado.
- Determinar el índice de masa corporal de las adolescentes de la muestra y categorizar en subgrupos.

- Determinar la prevalencia de depresión y su correlación con la auto percepción corporal de las adolescentes.
- Validar si el índice de masa de corporal va de acuerdo con la propiocepción física que tenga la adolescente.

- **HIPÓTESIS**

- Existe relación directa entre la auto percepción corporal de sobrepeso y la prevalencia de depresión en las adolescentes del grupo estudiado.

HIPOTESIS NULA

- No existe relación entre la auto percepción corporal de sobrepeso y la prevalencia de depresión en las adolescentes mujeres participantes en el estudio.

- **MÉTODOS**

CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

<i>INCLUSIÓN</i>	<i>EXCLUSIÓN</i>
Edad Todos las adolescentes que tengan los 15, 16 y 17 años cumplidos	Edad Adolescentes menores de 15 años y mayores de 17 años cumplidos,

que se encuentran cursando el quinto curso del presente año lectivo en el Colegio Experimental 24 de Mayo.	que se encuentren cursando el quinto curso en del presente año lectivo en el Colegio Experimental 24 de Mayo.
Sexo Mujeres	Embarazo No serán tomadas en cuenta para el estudio, sin importar el mes de gestación en el que se encuentren
	Instrucción Alumnas del Colegio experimental 24 de Mayo que se hallen en otros cursos en el presente año lectivo.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES DEL ESTUDIO

1. Definición conceptual

Edad: significa, número de años cumplidos entre 15, 16 y 17 años de edad.

Sexo: se define como sexo biológico: masculino o femenino.

IMC: según la OMS (Organización Mundial de la Salud) se clasifica en:

- ✓ Un IMC menor de 18,5 kg/m²: bajo peso
- ✓ Un IMC de 18,5 a 24,9 kg/m²: peso normal
- ✓ Un IMC de 25 a 29,9 kg/m²: obesidad de 1º grado/sobrepeso
- ✓ Un IMC de 30 a 39,9 kg/m²: Obesidad de 2º grado.

- ✓ Un IMC superior a 40 kg/m²: Obesidad de 3º grado (mórbida)

Talla: instrumento para medir la altura, será tomada en metros.

Peso: Magnitud de la fuerza por la que un cuerpo atrae a otro en virtud de la ley de gravedad, proporcional a la masa de estos, expresada en kilogramos.

Auto percepción corporal: manera en que la persona se concibe a su misma.

Según el “Body Shape Questionnaire” se clasifica en:

- ✓ No insatisfacción corporal: con puntaje <81
- ✓ Leve insatisfacción corporal: con puntaje 81-110
- ✓ Moderada insatisfacción corporal: con puntaje 11-140
- ✓ Extrema insatisfacción corporal: con puntaje > 140

2. Definición operacional

NOMBRE DE LA VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	CATEGORIA/ESCALA	INDICADOR
DEPRESION	DEPENDIENTE CUALITATIVA	Puntaje de la escala de depresión de Zung Ausencia de depresión Depresión leve	<= 28 puntos Entre 28-41 puntos

Auto percepción corporal (BSQ)	INDEPENDIENTE CUALITATIVA/ CUANTITATIVA (será tomada como cualquiera de las dos variables durante el análisis)	Depresión Moderada	Entre 42- 53 puntos
		Depresión Grave	>= 53 puntos
		No insatisfacción corporal	<81
		Leve insatisfacción corporal	81-110
		Moderada insatisfacción corporal	111-140
		Extrema insatisfacción corporal	>140

		Obesidad de 3º grado (mórbida)	IMC superior a 40 kg/m2
--	--	-----------------------------------	----------------------------

- MUESTRA

Identificación de la población:

Adolescentes que se encuentran en la región sierra del Ecuador, en la provincia de Pichincha, Ciudad Quito, en el perímetro urbano, que se encuentran recibiendo formación académica formal en el colegio experimental 24 de Mayo, sexo femenino, que tengan entre 15, 16 y 17 años cumplidos.

Identificación de la muestra:

Se incluyó en el estudio a 116 adolescentes mujeres que cumplían con los criterios de inclusión, que se encontraban cursando el segundo año de Bachillerato en el Colegio Experimental 24 de Mayo de la ciudad de Quito, el tamaño de la muestra se obtuvo según la fórmula de cálculo para variable binomial.

- TIPO DE ESTUDIO

Transversal, analítico observacional

- PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Previa explicación del motivo de la encuestas y recopilación de la medidas antropométricas a cada grupo de adolescentes (obtenido de forma aleatoria de cada uno de los segundos años de bachillerato del Colegio Experimental 24 de Mayo) se procedió a llenar la hoja de consentimiento informado; posteriormente, se leyeron cada una de las preguntas de cada test y cuestionario, se respondieron consultas e inquietudes que las participantes expresaron y se clarificó aspectos que para ellas no eran de fácil entendimiento; así mismo, se indagó sobre los criterios de exclusión, de manera confidencial a cada una de las adolescentes de la muestra.

Cada grupo de adolescentes fue escogido en orden de lista con la ayuda de inspectoras y profesores de la institución. Se llenó el Test de Zung y el Body Shape Questionnaire de cada adolescente, de manera individual; a continuación se tomaron las medidas antropométricas: peso y talla de cada una de las participantes, por una sola persona, con el afán de evitar sesgos y mediante métodos estándar.

Para la medición de la talla de las adolescentes, se utilizó un tallímetro móvil aprobado según las normas internacionales para uso en hombres y mujeres menores de diez años, adolescentes, adultos y adultos mayores.⁶³ El peso

de las participantes, se obtuvo haciendo la medición en una balanza de consultorio.

- ANÁLISIS DE DATOS

Las variables analizadas fueron: edad, índice de masa corporal, puntaje del Body Shape Questionnaire y puntaje del Test de Zung; estos datos fueron ingresados a Microsoft Office Excel 2007.

El índice de masa corporal se obtuvo con la fórmula que utiliza: talla en metros y peso en kilogramos; cada Test y cuestionario fue ingresado al Programa Epi Info 3.4.3.

Luego de codificar la base de datos de la muestra, se analizó mediante el software estadístico SPSS 17.5, se realizó el cruce de variables para su comparación; se utilizó la prueba Chi-cuadrado para analizarlas: Depresión y auto percepción corporal; además de analizar también la relación entre auto percepción corporal e índice de masa corporal por la misma prueba.

Las correlaciones entre variables se realizaron con la ayuda del programa estadístico SigmaPlot 12.0, se utilizaron líneas de tendencia de acuerdo al patrón de distribución según las variables analizadas.

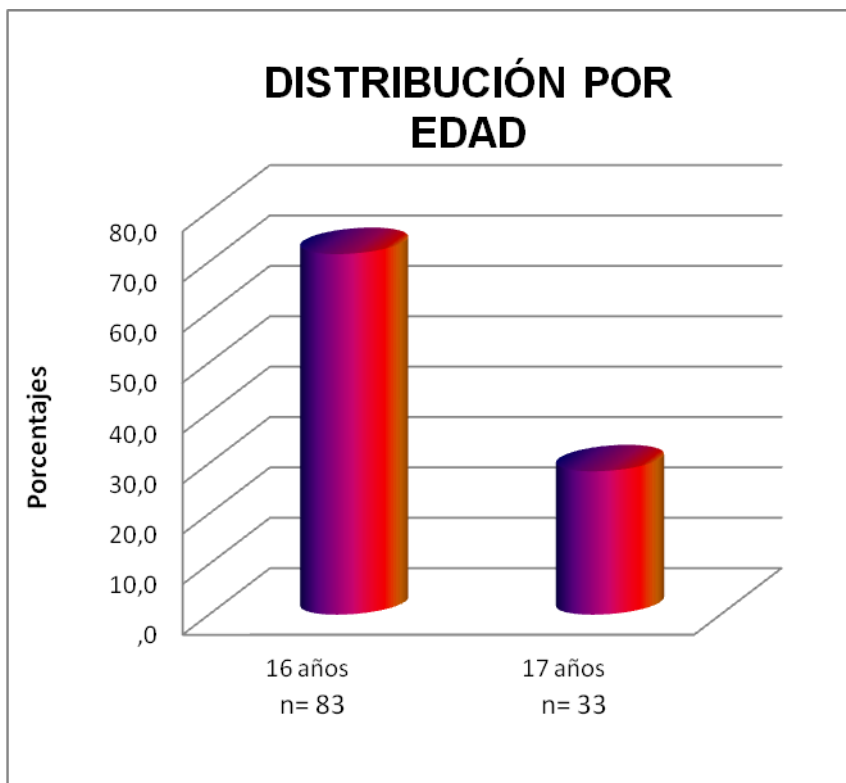
CAPITULO IV

RESULTADOS

DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA

Se estudió a 116 adolescentes mujeres que se encontraban cursando el segundo año de bachillerato en el Colegio Experimental 24 de Mayo. Entre las adolescentes incluidas en el estudio, el 71,6% (n=83) tenían 16 años de edad y el 28.4% (n=33) tenían 17 años.

Gráfico No. 1: Distribución de la población por edades



En lo que respecta a la distribución de la población estudiada según el índice de masa corporal encontramos que: el 0.9% (n=1) se encontraba en la categoría de bajo peso; el 76.7% (n=89) en peso normal; el 21.6% (n=25) en sobre peso u obesidad de primer grado; el 0.9% (n=1) en sobre peso de segundo grado y el 0% (n=0) en obesidad de tercer grado o mórbida.

Gráfico No. 2: Distribución de las adolescentes según su índice de masa corporal

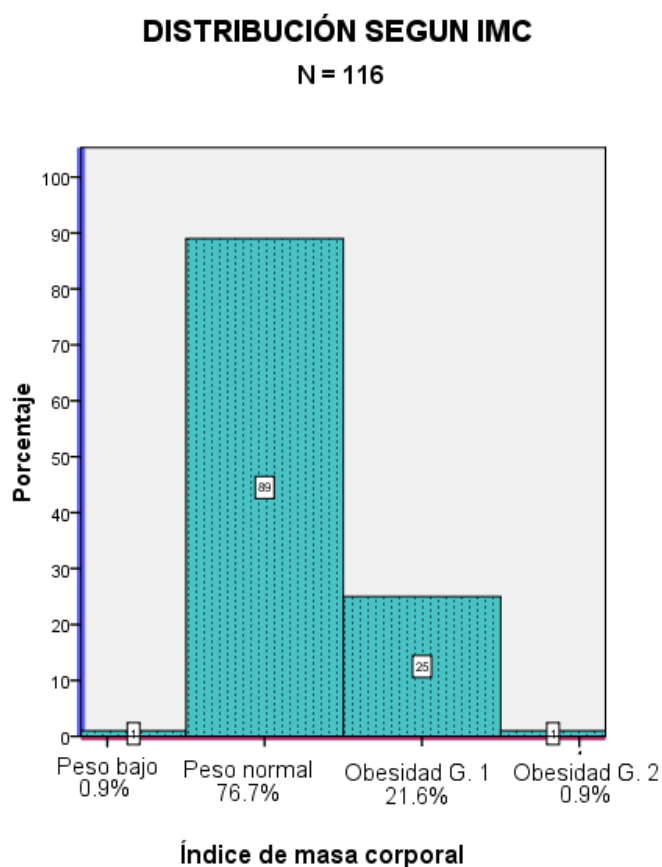
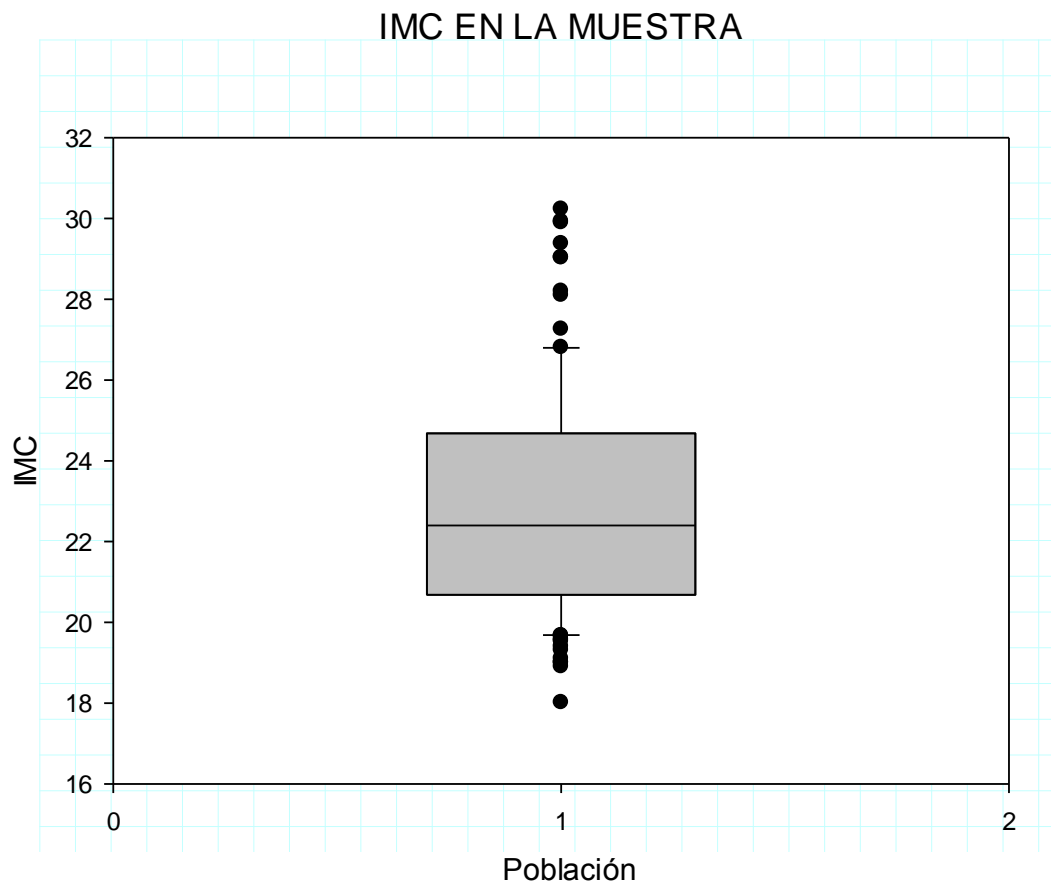


Gráfico No. 3: Análisis de la presentación del IMC en la muestra

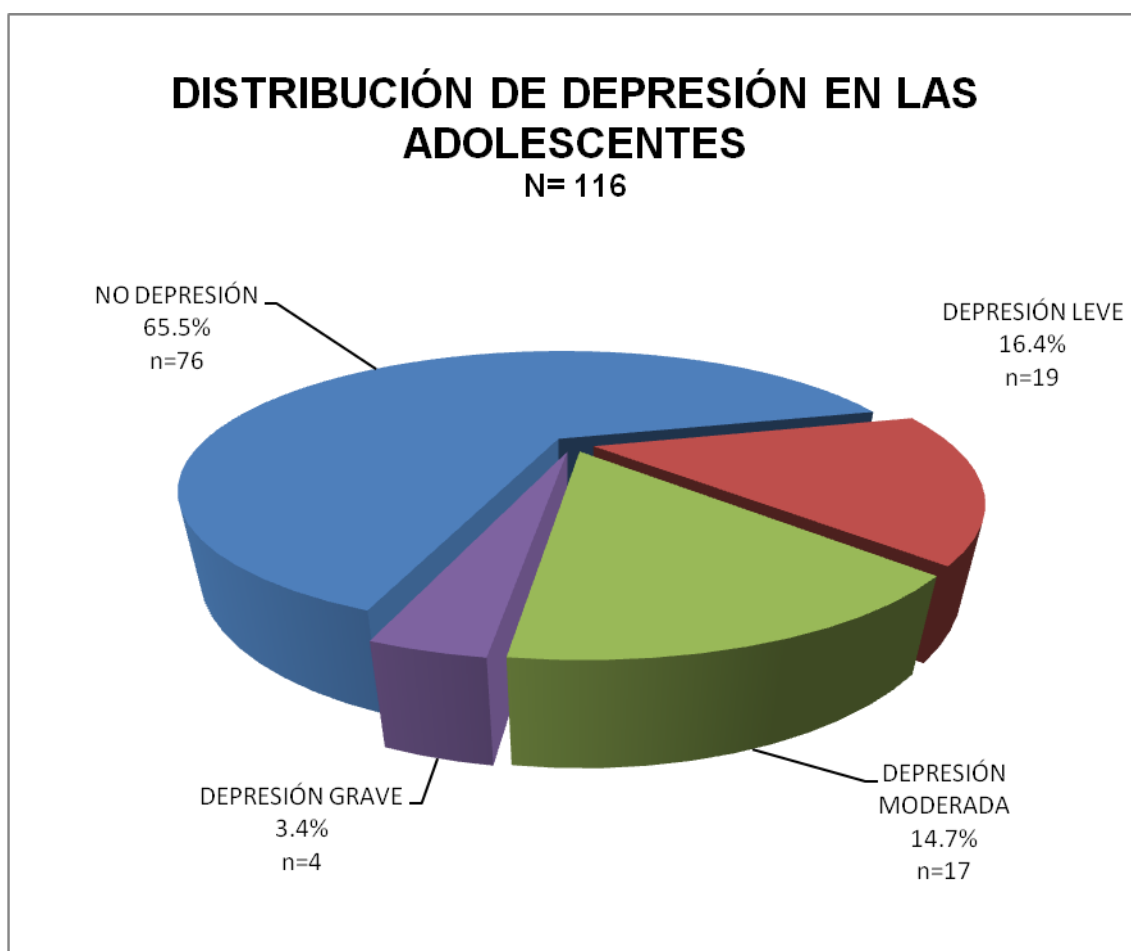


Como se observa, la distribución del índice de masa corporal en nuestra población en estudio es relativamente simétrica, tenemos el valor de la media que corresponde al valor de 22.5 de IMC y que los valores por debajo de 19.5 son valores atípicos al igual que los valores por encima de 26.5.

Con respecto a la presencia de depresión en la muestra, los hallazgos fueron: 65.5% (n=76) no presentaron depresión; 16.4% (n=19) depresión

leve; 14.7% (n=17) depresión moderada y el 3.4% (n=4) de las adolescentes presentaron depresión grave.

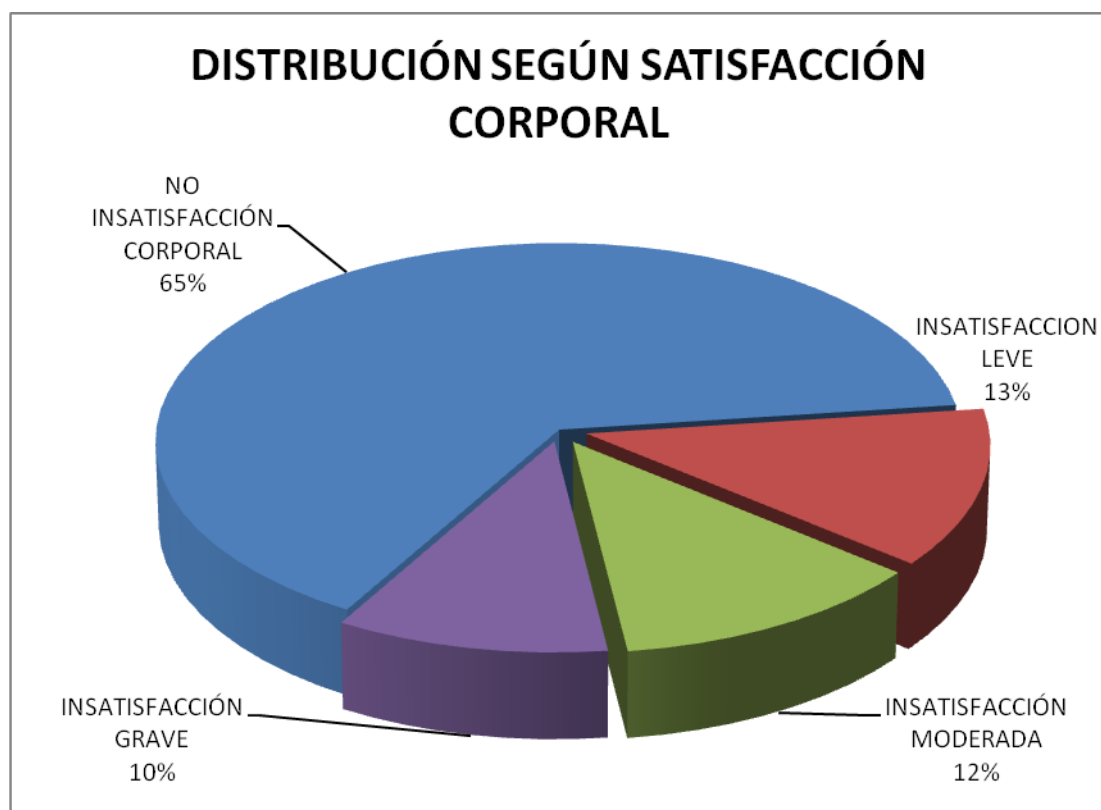
Gráfico No. 4: Distribución de depresión en las adolescentes



Las adolescentes de la muestra según los puntajes obtenidos en el Body Shape Questionnaire sobre satisfacción corporal mostraron que: el 64.7% (n=75) no presentaron insatisfacción corporal; el 12.9% (n=15) presentaron

insatisfacción corporal leve, 12.1% (n=14) insatisfacción corporal moderada y 10.3% (n=12) presentaron grave insatisfacción corporal.

Gráfico No. 5: Distribución de la Satisfacción corporal



RELACIÓN ENTRE INDICE DE MASA CORPORAL Y SATISFACCIÓN CORPORAL

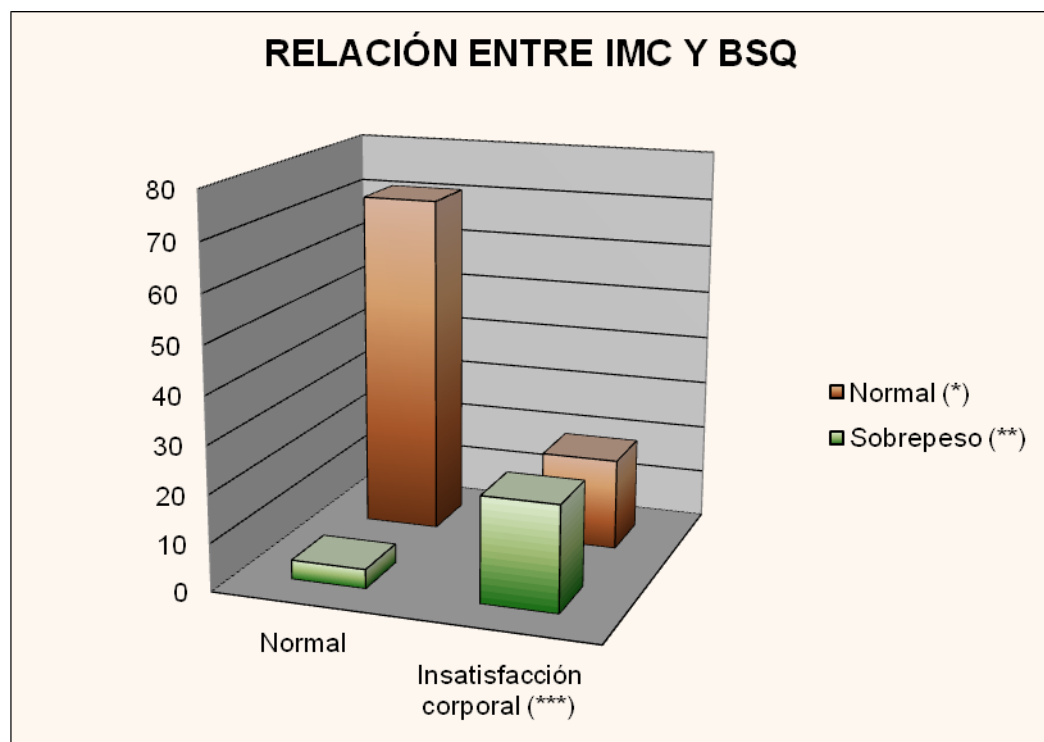
Cuadro No. 1: Relación entre IMC y BSQ

RELACION ENTRE IMC Y BSQ			
IMC	BSQ		
	Normal	Insatisfacción corporal (***)	Total
Normal (*)	71	19	90
Sobrepeso (**)	4	22	26
Total	75	41	116

- (*) Incluye uno de bajo peso
- (**) incluye uno de obesidad
- (***) Incluye insatisfacción corporal leve, moderada y grave

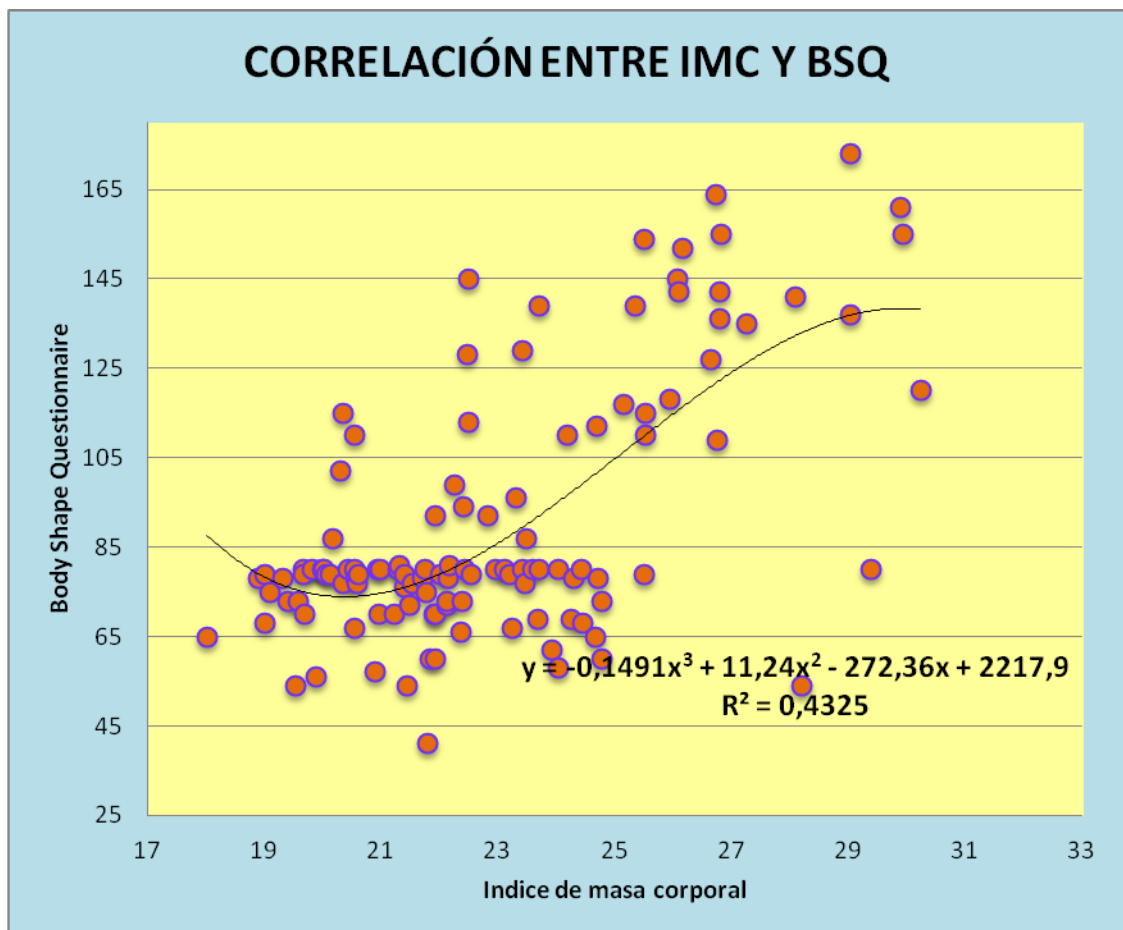
Al realizar el cruce de variables de índice de masa corporal y satisfacción corporal, se condensaron los valores positivos de las dos escalas, después del análisis, se encontró que existía una asociación estadísticamente significativa entre la presencia de sobrepeso (obesidad) y la insatisfacción corporal o auto percepción corporal de sobrepeso. Encontrándose que; 22 de las 26 adolescentes que presentaban obesidad en sus diferentes grados, mostraban algún grado de insatisfacción corporal.

Gráfico No. 6: Relación entre índice de masa corporal y Satisfacción corporal



En el análisis estadístico se obtuvo un Chi-cuadrado de 35.60; con grado de libertad de 1, siguiendo un nivel de confianza del 95% y un error alfa de 0.05, lo que refleja un valor $p < 0,000$; por lo que se interpreta como una relación significativa.

Gráfico No. 7: Correlación entre índice de masa corporal y satisfacción corporal



La mayor parte de las mediciones en lo que respecta a índice de masa corporal se encuentran entre 19 y 25 pero su mayor prevalencia esta

directamente en 22 lo que indica que la mayoría de las adolescentes de la muestra se encuentran en rangos de peso normal; en relación a la satisfacción corporal dada por el puntaje obtenido en el Body Shape Questionnaire indica que la mayor parte de la población esta entre 65 y 85, con mayor prevalencia alrededor de 80, lo que señala que las adolescentes en su mayoría estaban satisfechas con su cuerpo. La tendencia es incremental proporcional en forma exponencial polinómica entre las dos variables: índice de masa corporal y satisfacción corporal, por lo que tiene tendencia a que mientras mayor es el índice de masa corporal, mayor va a ser el puntaje del Body Shape Questionnaire y por lo tanto mayor la insatisfacción corporal.

No se realizó análisis de los residuos, debido a que no se considera que tengan un patrón de distribución normal.

RELACIÓN ENTRE DEPRESIÓN Y SATISFACCIÓN CORPORAL

Cuadro No. 2: Relación entre SDS y BSQ

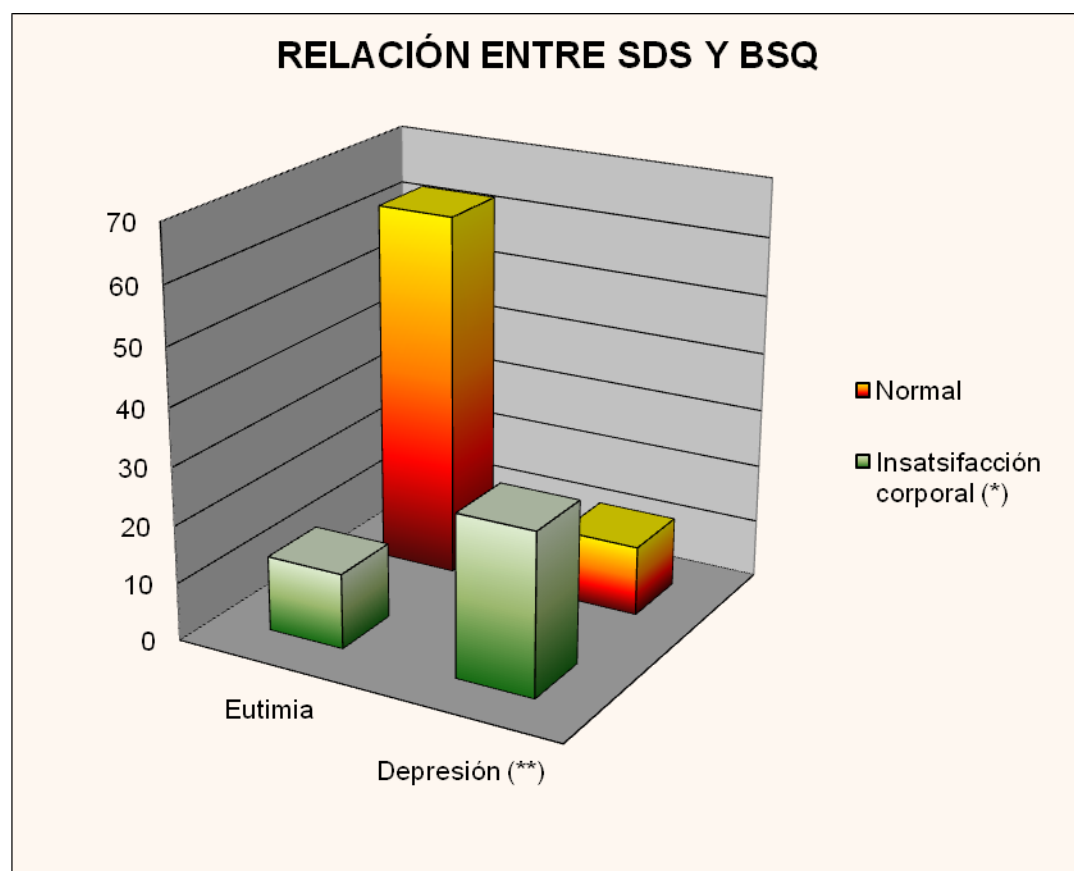
RELACIÓN ENTRE SDS Y BSQ				
BSQ	SDS			Total
		Eutimia	Depresión (**)	
	Normal	63	12	75
	Insatisfacción corporal (*)	13	28	41
Total		76	40	116

(*) Incluye insatisfacción corporal leve, moderada y grave

(**) Incluye depresión leve, moderada y grave

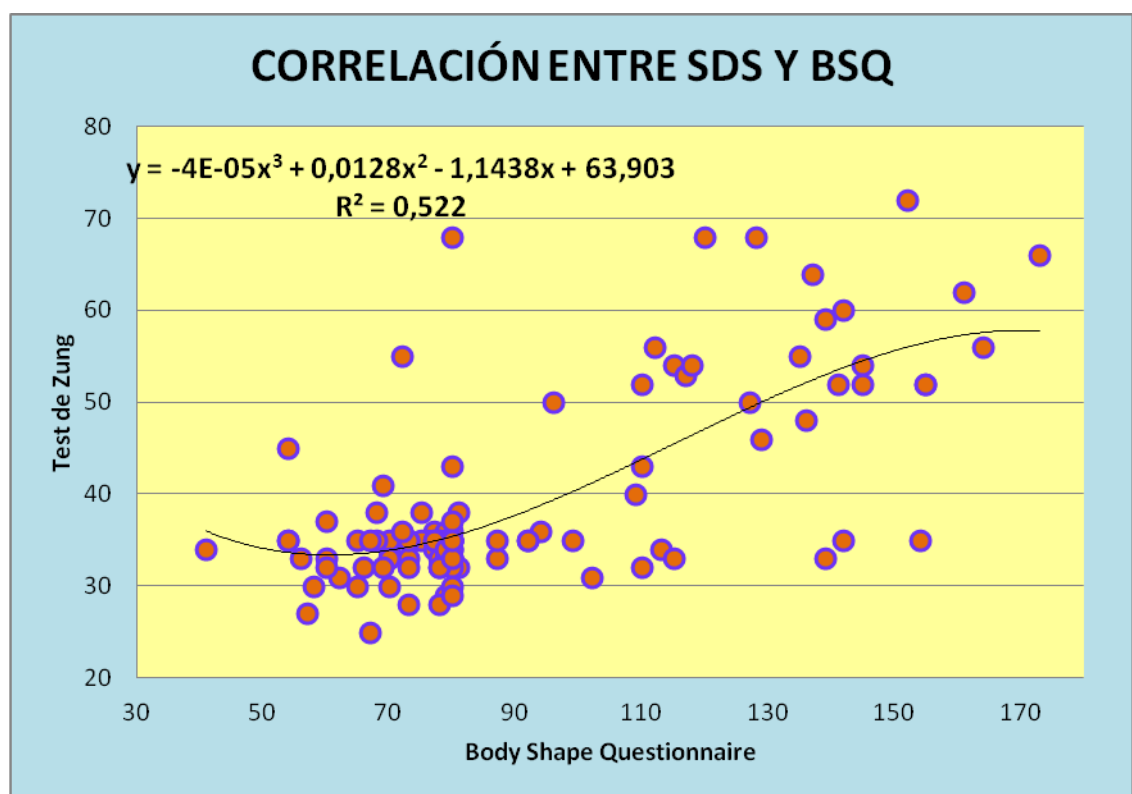
Al realizar el cruce de variables de depresión y satisfacción corporal, se condensaron los valores positivos de las dos escalas, y se encontró que existe una asociación estadísticamente significativa entre la presencia de depresión y la insatisfacción corporal o auto percepción corporal de sobrepeso. Encontrándose que; 28 de las 41 adolescentes que presentaban insatisfacción corporal en sus diferentes grados también mostraban algún grado de depresión.

Gráfico No.8: Relación entre depresión y satisfacción corporal



En el análisis estadístico se obtuvo un Chi-cuadrado de 32.08; con grado de libertad de 1, siguiendo un nivel de confianza del 95% y un error alfa de 0.05, lo que refleja un valor $p < 0,000$, por lo que se interpreta como una relación significativa entre la presencia de depresión y la insatisfacción corporal.

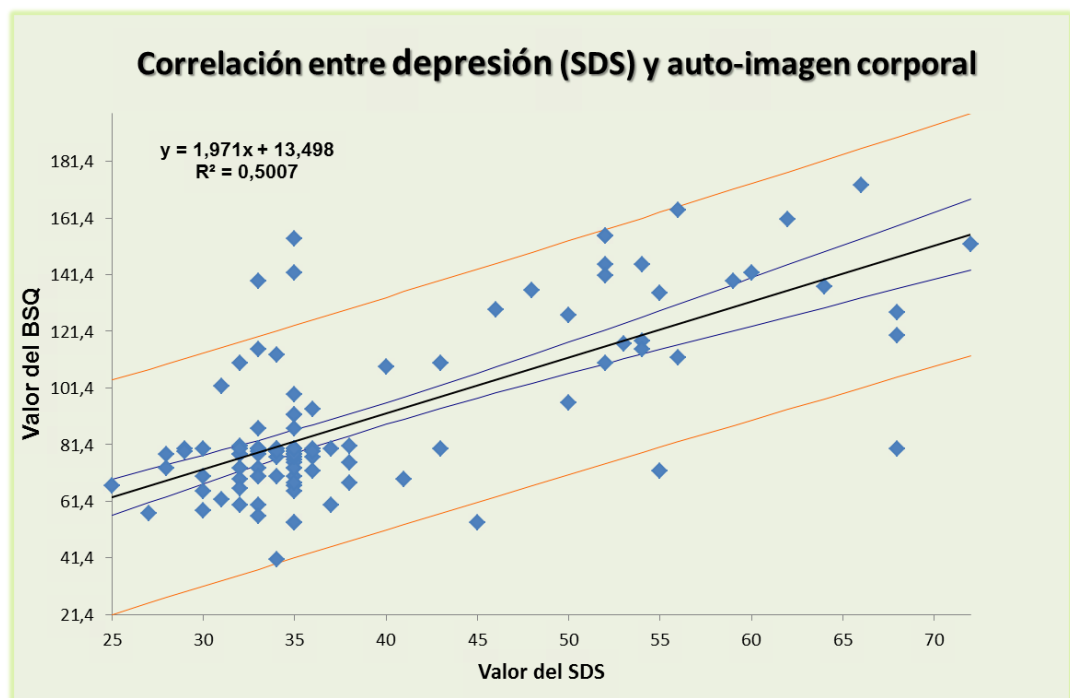
Grafico No.9: Correlación entre depresión y Satisfacción corporal



La mayor parte de las mediciones en lo que respecta a puntaje del Body Shape Questionnaire se encuentran entre 65 y 85 pero su mayor prevalencia esta directamente en 80 lo que indica que la mayoría de las adolescentes de la muestra se encuentran satisfechas con su imagen corporal; en relación a la presencia de depresión que esta dada por el puntaje obtenido en el Test de Zung indica que la mayor parte de la

población está entre 30 y 40, con mayor prevalencia alrededor de 35, lo que señala que la población en su mayoría estaban en el borde entre ausencia de depresión y depresión leve. La tendencia al igual que con variables anteriores, fue incremental proporcional polinómica y tampoco fueron estudiados los residuos por no presentar un patrón de distribución normal.

Gráfico 10: Correlación dividida entre depresión y satisfacción corporal

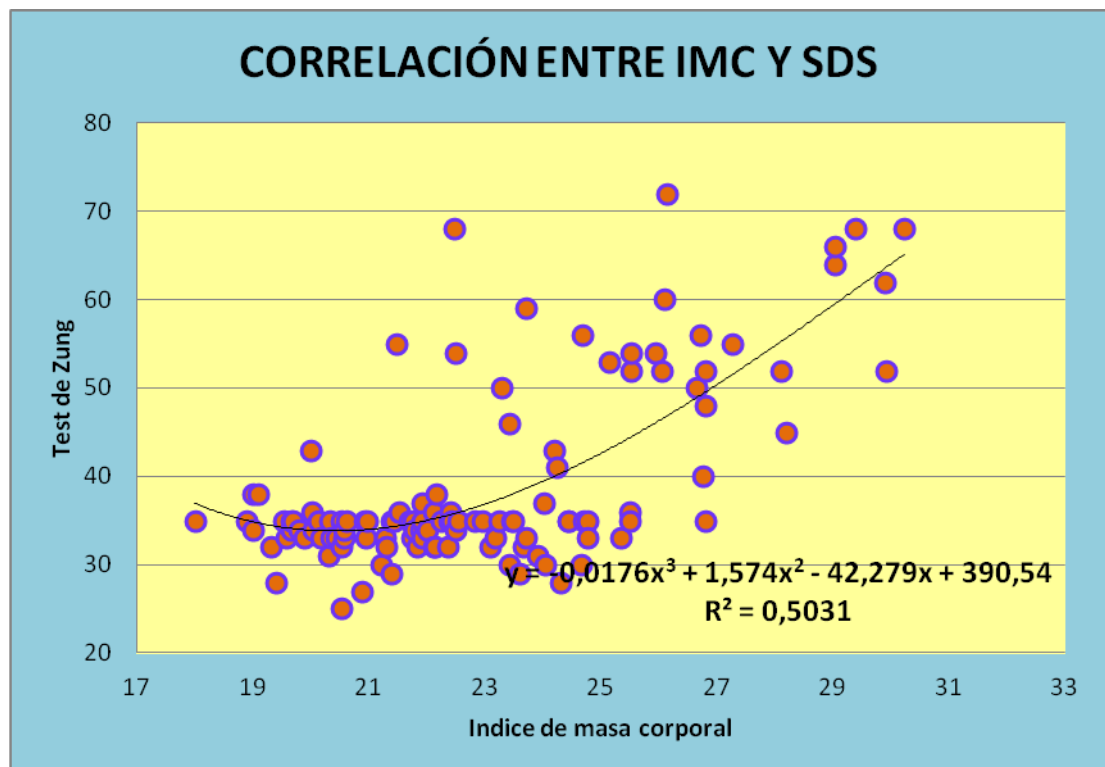


En el gráfico se observan que: las líneas más externas, rojas: son el intervalo del 95% de predicción y las líneas azules son el 95% de intervalo de confianza de la línea de predicción. Acorde a la ecuación se determina

el valor de p de la variable SDS, que como predictor posee un valor de 0.000. Por lo tanto la relación entre dichas variables es fuertemente positiva y estadísticamente significativa. Lo que mantiene la relación de que a mayor índice de masa corporal mayor puntaje en el Test de Zung.

RELACIÓN ENTRE ÍNDICE DE MASA CORPORAL Y DEPRESIÓN

Gráfico No. 11: Correlación entre índice de masa corporal y depresión



Las mediciones en su mayoría, en lo que respecta a índice de masa corporal se encuentran entre los valores de 19 y 25 pero su mayor prevalencia esta en 22 lo que indica que la mayoría de las adolescentes de la muestra se

encuentran en rangos de peso normal como se vio anteriormente; en relación a la presencia de depresión dada por el puntaje obtenido en el Test de Zung, indica que la mayor parte de la población esta entre 30 y 40, con mayor prevalencia alrededor de 35, lo que señala que las adolescentes en su mayoría estaban sin depresión, sin embargo como se mencionó antes, se hallan en un valor borderline. La tendencia así mismo, es incremental proporcional polinómica, por lo que se mantiene el modelo de que mientras mayor es el índice de masa corporal, mayor va a ser el puntaje que nos señale la presencia de depresión y su intensidad.

CAPITULO V

DISCUSIÓN

La depresión es un trastorno del estado del ánimo que según la literatura Latino Americana tiene una prevalencia que va desde el 0.4 al 8.3% en adolescentes, y cuyos valores están determinados por la muestra, por el tipo de estudio y los instrumentos utilizados para su diagnóstico. En el presente trabajo de investigación, la prevalencia de depresión en la muestra fue de 29.3%, lo que es considerablemente mayor si tomamos en cuenta que como instrumento evaluador se utilizó el Test de Zung o Depression Self-Rating Scale que ha demostrado gran utilidad clínica para diagnosticar depresión en niños y adolescentes.

Sin embargo, al interpretar el puntaje obtenido en el Test de Zung con el fin de categorizar a la población en los diferentes grados de depresión hay varios puntos de corte, así mismo el resultado final dependerá también de si existe una puntuación normalizada o si se trabaja con una puntuación total; y, dependiendo de cual propuesta se tome como referencia, los porcentajes obtenidos pueden variar de manera significativa. Así por ejemplo, tenemos que en la bibliografía anglosajona se utiliza la puntuación normalizada con el punto de corte entre eutimia y depresión leve en los 50 puntos, mientras que en Latino América según las primeras validaciones realizadas del Test de Zung en poblaciones

similares a la nuestra, el punto de corte es de 35 y se trabaja con puntuaciones totales, por lo tanto se tomó este esquema como base para nuestro trabajo.

Es la existencia de un doble sistema de puntuación y varias propuestas de puntos de corte, lo que dificulta la comparabilidad de resultados y limita su utilidad en la categorización exacta de la depresión, explicando en parte la gran diferencia de prevalencia de depresión que se indica en la literatura y que se presentó en las adolescentes de la muestra.

Sin embargo se ha cuestionado la validez del Test de Zung como instrumento diagnóstico, por el escaso peso que en la puntuación total se le da a los síntomas psicológicos que indicarían alteraciones del estado de ánimo, y por darle un mayor peso a los ítems relativos con el contenido somático, lo que pudiera disminuir su capacidad discriminante en adolescentes con enfermedad física. Tampoco valora de manera adecuada algunos síntomas que pudieran presentarse en depresiones atípicas, las mismas que han sido descritas como frecuentes dentro de los niños y adolescente según la literatura.

Sin embargo, los índices de correlación con otras escalas de depresión como la ya mencionada Escala de Hamilton y el inventario de depresión de Beck son bastante buenos e indican que el Test de Zung informa sobre la presencia y severidad de la sintomatología depresiva y es

sensible también a los cambios en el estado clínico y, en el caso de darse un manejo farmacológico, la respuesta a la terapia. Junto con estos índices, otras propiedades psicométricas de este instrumento diagnóstico indican que es útil y adecuado para la detección de casos en población clínica o en población general de niños y adolescentes.

Así mismo, la prevalencia de depresión reportada en la muestra, que es notoriamente mayor que la hallada en estudios internacionales, podría deberse a que como es bien conocido, la depresión es una entidad de etiología multifactorial y que además de una relación directa como la que se encontró con la satisfacción corporal y el índice de masa corporal, puede deberse a otras causas. Debe tomarse en cuenta la población con la que hemos trabajado y el ambiente en el que se desenvuelve; las etapas finales de la adolescencia, que es la fase que incluye al grupo etario con el que trabajamos, conlleva no solo la culminación de cambios fisiológicos y anatómicos sino también la adaptación mental para afrontar nuevos papeles frente a la sociedad y a la familia, y como ejemplo más destacable de esto es el comienzo de la toma de decisiones relacionadas con su vida profesional, lo que puede causar estrés y alterar el normal desenvolvimiento de las adolescentes en su vida.

Con respecto al ambiente, el Colegio experimental 24 de Mayo posee alumnas de todo estrato social, económico y cultural; por lo que debe prestarse atención a que por una parte, podrían existir casos de

migración de la familia, mala alimentación, escasos recursos económicos, sobre carga de responsabilidades, mal desempeño escolar, o bien presiones familiares de toda índole, relaciones sentimentales tormentosas e inclusive enfermedades somáticas que provoquen una alteración del estado de ánimo.

Tras el análisis estadístico, se demostró una relación positiva entre la depresión y la auto percepción corporal de sobrepeso o grado de insatisfacción corporal que tienen las adolescentes de la muestra sobre sí mismas, esta relación se explica directamente debido a que, como es obvio, la inconformidad física puede limitar en mucho el normal comportamiento de una persona; debido a que, la apariencia de un individuo puede causar un impacto en como otros/otras lo perciben e interactúan con el o ella.

La prevalencia de insatisfacción corporal en el estudio es del 35.3% lo que indica que el no sentirse a gusto con nuestro físico no es una realidad alejada de nuestra sociedad, una vez más se recalca el poder que ejercen todos los medios de comunicación, el ambiente familiar y el medio social en el que se desenvuelve un individuo para la formación de una imagen corporal ideal o un cuerpo socialmente deseable, imagen que pueden modificar actitudes y conductas de las adolescentes en pos de lograrla.

El instrumento utilizado para la detección de la insatisfacción corporal en la población del estudio fue el Body Shape Questionnaire que fue escogido de entre otras escalas de auto-percepción corporal por tener mayor evidencia de eficacia en la evaluación de la imagen propia de una persona; ya que se le considera un instrumento objetivo para la valoración de variables cognitivas-actitudinales y comportamentales, y que, representa una medida real sobre la preocupación del peso. Además se le considera una herramienta útil para el estudio exploratorio de individuos que se encuentran en riesgo de desarrollar un trastorno del comportamiento alimentario, teniendo en cuenta que el trastorno del esquema corporal es sólo uno de los síntomas de ésta patología.

Sin embargo, se ha visto que individuos obesos o que por distintas causas se encuentran realizando dietas extremas, pueden también puntuar alto en este cuestionario, y pueden haber dificultades para discriminar insatisfacción corporal en este tipo de personas. Este cuestionario además brinda la posibilidad de monitorizar la respuesta al tratamiento en los trastornos del comportamiento alimentario si los hubiera.

Los tópicos que se topan en este cuestionario pueden dividirse en dos problemas que terminarían o no siendo parte de una misma realidad, por un lado abarca la insatisfacción corporal y por otra la preocupación por el peso.

El Body Shape Questionnaire ha mostrado según estudios internacionales un adecuado poder discriminante, estadísticamente significativo entre individuos con trastornos alimenticios o con riesgo de padecerlos y sin trastornos del comportamiento alimentario. Se le considera una puerta de entrada para realizar una detección temprana de casos susceptibles intervenciones profilácticas o terapéuticas de cualquier índole.

Sin embargo también hay algunas alternativas en cuanto a la categorización de los resultados, porque se han propuesto algunas subescalas diferentes a las utilizadas en nuestro estudio, así: ausencia de insatisfacción corporal, insatisfacción corporal, miedo a engordar, baja autoestima por la apariencia y deseo de perder peso; lo que de alguna manera en otros trabajo de investigación ha hecho que puedan presentarse otros resultados.

Algunos aspectos interesantes que no se incluyeron en el estudio, como detectar la presencia de trastornos del comportamiento alimentario dentro la población que presentó algún grado de insatisfacción corporal, o estudiar la etiología de la depresión en las adolescentes que mostraban estar deprimidas según el puntaje obtenido en el Test de Zung, serían objetivos importantes para futuras investigaciones.

Durante el análisis de los resultados, el realizarse las correlaciones entre variables se adoptaron los modelos matemáticos que iban más acordes a

nuestros datos, líneas de tendencia como por ejemplo de tipo exponencial polinómico, que a pesar de no ser un modelo confiable, fue útil para alcanzar nuestras conclusiones y gozan de validez matemática. Durante la correlación dividida se aprecia un valor de p que afirma nuestras conclusiones. Además, modelos de análisis como el Chi-cuadrado mostraron resultados que apoyan fuertemente la hipótesis planteada en un inicio.

CAPITULO VI

CONCLUSIONES

- 1) La percepción corporal de sobrepeso o la insatisfacción corporal esta significativamente relacionada con la presencia de depresión dentro de las adolescentes de la muestra en estudio.
- 2) La prevalencia de depresión en la población objetivo de estudio es mayor a la encontrada en estudios internacionales.
- 3) Existe una mayor prevalencia de peso normal según la categorización del índice de masa corporal en las adolescentes estudiadas.
- 4) El índice de masa corporal que indica sobre peso u obesidad es un factor de riesgo para la alteración de la auto percepción corporal en los individuos así como también para la presencia de depresión.
- 5) La depresión presente en las adolescentes, es una entidad multifactorial, por lo que las relaciones halladas con las variables propuestas, aunque estadísticamente muy relacionadas, podrían estar ligadas a otros componentes de su vida.

CAPITULO VII

RECOMENDACIONES

- 1) Se sugiere para futuros estudios tomar en cuenta la amplia cantidad de factores que contribuyen en la aparición de depresión en un individuo y tratar de determinarlos.
- 2) A fin de realizar un estudio integral de los individuos con insatisfacción corporal y debido a que el cuestionario aplicado en el presente trabajo puede reconocer el padecimiento de trastornos alimenticios o la susceptibilidad a padecerlos, se recomienda el abordaje de este tema en futuras investigaciones.
- 3) Debería realizarse un trabajo en conjunto con áreas de psicología y cultura física de la institución educativa para brindar un apoyo multidisciplinario en las adolescentes que presentaron anomalías en cualquiera de las escalas propuestas en el estudio.
- 4) A la luz del conocimiento actual se plantea realizar un examen físico profundo del alumnado de las instituciones de formación académica para poder detectar de forma temprana signos de trastornos alimenticios o síntomas de enfermedades somáticas que pudieran alterar su desempeño académico o desencadenar en trastornos psicológicos y físicos.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Reus V. I. Trastornos mentales. En: Fauci, Braunwald, Kasper, Hauser, Longo, Jameson, et. Al. Harrison Principios de Medicina Interna. 17.a ed. Mexico, D.F: Mac Graw Hill; 2009. Pp 2710- 2719.
2. Diagnosis and Statitital Manual of Mental Disorders, 4.ta ed. Washington D.C. American Psychiatric Association, 2000.
3. Needlman R. D. Adolescencia. En: Behrman R. E, Kliegman R.M, Jenson H. B. Nelson Tratado de Pediatría. 17 a. ed. Madrid- España. Elsevier. 2004. Pp: 53-58.
4. Shaffer D.R. Influencias Extrafamiliares: televisión, computadoras, ecuelas y compañeros. En: Saffer D.R. Psicología del desarrollo. Quinta edición. México-México. Thomson Learning. 1999. Pp: 597-605.
5. Neil W. B, Dalton R, Forman M. A. Trastornos del Estado de ánimo. En: Behrman R. E, Kliegman R. M, Jenson H. B. Nelson Tratado de Pediatría. 17 a. ed. Madrid- España. Elsevier. 2004. Pp: 84-86.
6. Fernández R. Trastorno depresivo en el niño y el adolescente. En: Meneghello J, Fanta E, Paris E, Puga T. Meneghello-Pediatría. 5.a

- ed. Buenos Aires-Argentina. Editorial Medica Panamericana. 1997.
Pp: 2296- 2307.
7. Aguilar G, Eduardo H, Berganza C. E. Autoestima y Depresión en adolescentes Guatemaltecos. Revista Latinoamericana de Psicología, año/vol. 28, número 002. Pp. 341-366. 1996.
 8. Oficina Regional de UNICEF para América Latina y el Caribe. Adolescencia para America Latina y el Caribe: Orientaciones para la formulacion de Politicas. UNICEF; 2000.
 9. UNICEF. Estado mundial de la infancia. Nueva York, Ginebra. 2000.
 10. Pan American Health Organization , W.K. Kellogg Foundation.
The legislative and Policy Enviromenr for Adolescent health in Latin America and the Caribbean. Washington D.C.1999.
 11. Tanner J. M, Whitehouse R. H. Clinical longitudinal standards for height, weight, height velocity, weight velocity, and stages of puberty. Archives of Disease in Childhood, 1976, 51, 170.
 12. Shaffer D.R. Desarrollo cognitivo: teoría de Piaget y el punto de vista sociocultural de Vygotsky: En: Saffer D.R. Psicología del desarrollo.

Quinta edición. México-México. Thomson Learning. 1999. Pp: 228-270.

13.Alba D. Autopercepción en anoréxicas restrictivas; Psiquiatria.com. Vol. 10(2) 2002.

14.Coleman J. C, Hendry L. B. Psicología de la Adolescencia. 4.a ed. Madrid; Ediciones Morata; 2003. Pp: 31- 81.

15.Fierro A. Autoestima en Adolescentes: estudios sobre su estabilidad y determinantes. Revista de la Universidad de Málaga. 1990.

16.Pardo G. A, Sandoval A, Umbarila D. Adolescencia y Depresión. Revista Colombiana de Psicología No. 013. Bogotá-Colombia. 2004. Pp: 17-32.

17.Khalil A, Rabie M, Abd-El-Aziz M, Abdou T, El-Rasheed A, Sabry W, Clinical characteristics of depression among adolescent females: a cross-sectional study, Child Adolesc Psychiatry Ment Health. 2010 Oct 10;4:26

18.Ramos L, Wagner F, Caballero- Gutierrez M, González-Forteza C. Correlatos psicosociales de depresión, ideación e intento suicida en

adolescentes mexicanos. *Psicothema* Vol 15, No. 4, 2003. Pp: 524-532.

19. Rupta D, Dahiya S, Singh Bhatia M. Effect of depression on sleep: Qualitative or Quantitative?, *Indian Journal of Psychiatry*. 2009. Vol 51; No. 2; Pp: 117-121.

20. Schanber S, Schildkraut J, Breese G, Kopin I. Metabolism of normetanephrine-h in rat brain—identification of conjugated 3-methoxy-4-hydroxyphenylglycol as the major metabolite. *Biochem Pharmacology*. 1968. Vol:17; No:2: Pp: 247-254.

21. Goodwin F.K, Post R.M. 5-hydroxytryptamine and depression: a model for the interaction of normal variance with pathology. *Br. Journal. Clinical Pharmacology*. 1983. Vol:15: Pp: 393-405.

22. Naudet F, Maria A.S, Falissard B. Antidepressant Response in Major Depressive Disorder: A Meta-Regression Comparison of Randomized Controlled Trials and Observational Studies. *PLoS ONE* 2011. Vol.6; No: 6.

23.

Gueldi J.D, Dreyfus J.F, Pichot P. A doble- Blin Controled Clinical trial comparing Flovoxamine with Imipramine. Br. Joirnal Clinical Pharmacology. 1983. Vol:15, Pp: 411-417.

24.

Andrade R, Assumpcao F, Teixeira A, Fonseca A.S. Prevalence of psychiatric disorders in juvenile offenders in the city of Rio de Janeiro (RJ, Brazil): comparison between genders and relation to the severity of the offense.Ciencia & Saude Coletiva. 2011. Vol:16, No. 4.

25.Ramos L, Wagner F, Caballero- Gutierrez M, González-Forteza C. Correlatos psicosociales de depresión, ideación e intento suicida en adolescentes mexicanos. Psicothema Vol 15, No. 4, 2003. Pp: 524.532.

26.Quijada E, Maestre Montoya C, Laserna P, Toledo A, Marco E, Escobar Rabadan F. Prevalencia de depresión en adolescentes, Actas Españolas de Psiquiatria 2005, Sep; 33(5): Pp: 298-302.

27.Martínez–Hernáez M, Muñoz A. Un infinito que no acaba. Modelos explicativos sobre la depresión y el malestar emocional entre los adolescentes barceloneses (España). Segunda parte. Salud Ment México 2010. Vol: 33, No.3

- 28.American Academy of Child and Adolescent Psychiatry; Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescent with depressive disorders. J Am Acad Adolesc Psychiatry 1998; 37 (Suppl); 63S- 83S.
- 29.Zung W. A self rating depression scale. Arch Gen Psychiatr 1965; 12: 63- 70.
- 30.Campo-Arias A, Díaz-Martínez L, Rueda-Jaimes G, Barros-Bermúdez J. Validación de la escala de Zung para depresión en universitarias de Bucaramanga. Colombia. Revista colombiana de psiquiatría Bogotá. 2005 Vol. 34; No.1.
- 31.Campo A, Díaz L, Rueda G. Validez de la escala breve de Zung para tamizaje del episodio depresivo mayor en la población general de Bucaramanga- Colombia. Revista del instituto Nacional de Salud. 2006. año/vol 26, No: 003.
- 32.Conde V, Escribá JA, Izquierdo J. Evaluación estadística y adaptación castellana de la escala autoaplicada para la depresión de Zung. Arch Neurobiol 1970; 33: 185-206.

33. Zung W. W, Richards C, Short M. Self-Rating Depression Scale in an Outpatient Clinic. Further Validation of the SDS. Arch Gen Psychiatry. 1965;Vo:13, No.6: Pp:508-515.
34. Díaz L, Campo A, Rueda G. E, Barros J. Propuesta de una versión abreviada de la escala de Zung para depresión. Colomb. Med. 2005. vol.36 no.3
35. Groesz L, Levine M, Murnem S. The effect of Experimental of Thin Media Images on Body Satisfaction: A meta-Analytic Review. Eat Disord. 2002. Vol: 31 Pp: 1-16.
36. Khan A, Khalid S, Khan H, Jabeen M. Impact of today's media on university student's body image in Pakistan: a conservative, developing country's perspective. BMC Public Health. 2011. Vol:11
37. Thompson J, Heinberg L. The Media's Influence on body Image disturbance, and eating disorders: We've reviled them, now can we rehabilitate them? Journal of Social Issues. 1999. Vol.55. No.2 Pp: 339-353.
38. García L, Garita A. Relación entre la satisfacción con la imagen Corporal, autoconcepto físico, índice de masa Corporal y factores

socioculturales en mujeres Adolescentes costarricenses. Revista de Ciencia del Ejercicio y la Salud. 2007. Vol: 5.

39.Tang J, Yu Y, Du Y, Ma Y, Zhu H, Liu Z. Association between actual weight status, perceived weight and depressive, anxious symptoms in Chinese adolescents: a cross-sectional study, BMC Public Health. 2010 Oct 8;10:594.

40.Nieves I. R. La imagen corporal: hacia una construcción social para psicología industrial organizacional. Revista Electrónica de Psicología social "Poiésis".2009. No. 18

41.Casillas-Estrella M, Montaña N, Reyes V, Bacardí M, Jiménez A. A mayor IMC mayor grado de insatisfacción de la imagen corporal. Revista Biomed 2006, No: 17, Pp: 243-249.

42.Perpiña C, Baños R. M. Distorsión de la imagen corporal: Un estudio en adolescentes. Anales de Psicología, 1990. Vol. 6, No. 1.

43.Barret S. C, Huffman F. G. Comparison of self-perceived weight and desired weight versus actual body mass index among adolescents in Jamaica. Revista Panameña de Salud Pública. 2011; Vol. 29 No. 4. Pp: 267–276.

44. Eaton D, Lowry R, Brener N, Galuska D, Crosby A. Associations of body mass index and perceived weight with suicide ideation and suicide attempts among US high school students. *Archivos de Pediatría y Adolescencia Med.* 2005 ;Vol.159, No:6:Pp: 513-9.
45. Vohs K, Joiner T, Heatherton T, Bardone A, Abramson L. Perfectionism, perceived weight status and self-esteem interact to predict bulimic symptoms: a model of bulimic symptom development. *Journal of abnormal psychology.* 1999. Vol: 108, No: 4, pp: 695-700.
46. Sundt M, Camus J, Orellana Y, Arrieta M. Estimación de la Validez de Constructo y Consistencia Interna de la Escala de Impacto de las Imágenes Femeninas Presentadas por los Medios de Comunicación sobre Adolescentes Mujeres, *Terapia psicológica* 2009, Vol. 27, N°1, 27-39.
47. Smolak L, Levine M, Thomson K. The Use of the Sociocultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire with Middle School Boys and Girls. *International Journal Eating Disorders.* 2001. Vol: 29. PP. 216-223.
48. Smolak L, Levine M, Schermer F. Parental Input and Weight concerns among Elementary school Children. *International Journal Eating Disorders.* 1999. Vol: 25, Pp: 263-271.

49. Field L, Cheung L, Wolf A, Herzog D, Gortmaker S. L. Exposure to the Mass Media and Weight concerns among girls. *Pediatrics*. 1999. Vol:10, No. 3.
50. Tiggemann M. Media Exposure, Body Dissatisfaction and Disorderd Eating: Television and Magazines are not the same! *European Eating Disorders Review*. 2003. Vol:11. Pp: 418-430.
51. Martínez M, Gual P, Lahortiga F, Alonso Y. Parental Factors, Mass Media Influences, and the Onset of Eating Disorders in a Prospective Population-Based Cohort. *Pediatrics*. 2003. Pp: 111-315.
52. Barris J, Sibel A, Quiles I, Bassas N, Tomás J. Perfil Psicopatológico en una muestra de adolescentes obesos. *Psiquiatría*. 1999. Pp: 1-27.
53. Ochoa S, Villareal C, Molina N, Bayle E, Ignacio J. Validación y confiabilidad del Body Shape Questionnaire (BSQ) en adolescentes de la ciudad de Colima. *Revista Científica Electrónica de Psicología*. 2005. No.4. Pp: 204-216.
54. Barret S. C, Huffman F. G. Comparison of self-perceived weight and desired weight versus actual body mass index among adolescents in

Jamaica. Revista Panameña Salud Pública. 2011; Vol. 29 No. 4. Pp: 267–276.

55.Pook M, Tuschen-Caffier B, Brahler E. Evaluation and comparison of different versions of the Body Shape Questionnaire. Psychiatry Research. 2008. Vol.158. Pp: 67-73.

56.Sanchez-Sosa J. Un modelo estructural de conducta alimentaria de riesgo en adolescentes escolarizados. Universidad autónoma de Nuevo León. 2009.

57.Ponde de León M, Camacho E, Rodríguez G, Castrejón J. Programa para modificar alteraciones de la Imagen Corporal en Estudiantes de Bachillerato. Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios. 2010. Vol.1 Pp: 112-118.

58.Osuna-Ramírez I, Hernández-Prado B. Campuzano J. C, Salmerón J. Índice de masa corporal y percepción de la imagen corporal en una población adulta mexicana: la precisión del autorreporte. Salud pública 2006. Méx vol.48, No:2.

59.Sánchez-Sosa J, Gonzáles M, Ochoa G. Psicología y desordenes alimenticios. Un modelo de campo psicosocial. 2010. Pp: 9-82.

- 60.Cohen S. Media Exposure and the subsequent effects on body Dissatisfaction, disordered Eating, and drive for thinness: A review of a current research. The Weleyan Journal of Psychology. 2006. Vol:1, Pp: 57-71.
- 61.Baile J, Guillen F, Garrido E. Insatisfacción corporal en adolescentes medida con el Body Shape Questionnaire: efecto del anonimato, el sexo y la edad. International Journal of Clinical and Health Psychology 2002, Vol. 2, Nº 3, pp. 439-450.
- 62.Castrillon D, Luna I, Vendaño G. Validación del Body Shape Questionnaire (Cuestionario de la figura corporal) BSQ para la población Colombiana. Acta Colombiana de Psicología Vol. 10 No. 001. 2007. Pp: 15-23
- 63.UNICEF. Guía técnica: elaboración y mantenimiento de infantómetros y tallímetros. Ministerio de la república de Perú. Lima-Perú. 2007.

ANEXOS

ANEXO No. 1: Criterios para el diagnóstico de episodio depresivo mayor

Episodio depresivo mayor

- A. *Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser 1) estado de ánimo depresivo o 2) pérdida de interés o de la capacidad para el placer.*

Nota: No se incluyen los síntomas que son claramente debidos a enfermedad médica o las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo.

- 1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej., llanto). En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable.*
- 2. Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto observan los demás).*
- 3. Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5 % del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día. Nota: En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables.*
- 4. Insomnio o hipersomnia casi cada día.*
- 5. Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido).*
- 6. Fatiga o pérdida de energía casi cada día.*
- 7. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo).*
- 8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena).*
- 9. Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse*

- B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.*
- C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.*
- D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).*
- E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p. ej., después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.*

Origen: American Psychiatric Association. DSM-IV-TR.²

ANEXO No. 2: Criterios para el diagnóstico de Trastorno depresivo mayor, episodio único

Trastorno depresivo mayor, episodio único

- A. *Presencia de un único episodio depresivo mayor.*
- B. *El episodio depresivo mayor no se explica mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no está superpuesto a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.*
- C. *Nunca se ha producido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco.*

***Nota:** Esta exclusión no es aplicable si todos los episodios similares a la manía, a los episodios mixtos o a la hipomanía son inducidos por sustancias o por tratamientos o si se deben a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.*

Codificar el estado del episodio actual o más reciente:

- .0 Leve*
- .1 Moderado*
- .2 Grave sin síntomas psicóticos*
- .3 Grave con síntomas psicóticos*
- .4 En remisión parcial/en remisión total*
- .9 No especificado*

Especificar (para el episodio actual o para el más reciente):

- Crónico*
- Con síntomas catatónicos*
- Con síntomas melancólicos*
- Con síntomas atípicos*
- De inicio en el posparto*

***Origen:** American Psychiatric Association. DSM-IV-TR.²*

ANEXO No. 3: Criterios para el diagnóstico de Trastorno depresivo mayor, recidivante

Trastorno depresivo mayor, recidivante	
A.	Presencia de dos o más episodios depresivos mayores.
<i>Nota:</i> Para ser considerados episodios separados tiene que haber un intervalo de al menos 2 meses seguidos en los que no se cumplan los criterios para un episodio depresivo mayor.	
B.	Los episodios depresivos mayores no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.
C.	Nunca se ha producido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaniaco.
<i>Nota:</i> Esta exclusión no es aplicable si todos los episodios similares a la manía, a los episodios mixtos o a la hipomanía son inducidos por sustancias o por tratamientos, o si son debidos a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.	
Codificar el estado del episodio actual o más reciente:	
.0	Leve
.1	Moderado
.2	Grave sin síntomas psicóticos
.3	Grave con síntomas psicóticos
.4	En remisión parcial/en remisión total
.9	No especificado
Especificar (para el episodio actual o el más reciente):	
Crónico	
Con síntomas catatónicos	
Con síntomas melancólicos	
Con síntomas atípicos	
De inicio en el posparto	
Especificar:	Especificaciones de curso (con y sin recuperación interepisódica)
	Con patrón estacional
Origen: American Psychiatric Association. DSM-IV-TR. ²	

ANEXO No. 4: Criterios para el diagnóstico de Trastorno distímico

Trastorno distímico
<p>A. Estado de ánimo crónicamente depresivo la mayor parte del día de la mayoría de los días, manifestado por el sujeto u observado por los demás, durante al menos 2 años.</p> <p>Nota: En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable y la duración debe ser de al menos 1 año.</p> <p>B. Presencia, mientras está deprimido, de dos (o más) de los siguientes síntomas:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Pérdida o aumento de apetito.2. Insomnio o hipersomnia.3. Falta de energía o fatiga.4. Baja autoestima.5. Dificultades para concentrarse o para tomar decisiones.6. Sentimientos de desesperanza <p>C. Durante el período de 2 años (1 año en niños y adolescentes) de la alteración, el sujeto no ha estado sin síntomas de los Criterios A y B durante más de 2 meses seguidos.</p> <p>D. No ha habido ningún episodio depresivo mayor durante los primeros 2 años de la alteración (1 año para niños y adolescentes); por ejemplo, la alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno depresivo mayor crónico o un trastorno depresivo mayor, en remisión parcial.</p> <p>Nota: Antes de la aparición del episodio distímico pudo haber un episodio depresivo mayor previo que ha remitido totalmente (ningún signo o síntoma significativos durante 2 meses). Además, tras los primeros 2 años (1 año en niños y adolescentes) de trastorno distímico, puede haber episodios de trastorno depresivo mayor superpuestos, en cuyo caso cabe realizar ambos diagnósticos si se cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.</p> <p>E. Nunca ha habido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.</p> <p>F. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico crónico, como son la esquizofrenia o el trastorno delirante.</p> <p>G. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).</p> <p>H. Los síntomas causan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.</p> <p>Especificar si:</p> <p>Inicio temprano: si el inicio es antes de los 21 años</p> <p>Inicio tardío: si el inicio se produce a los 21 años o con posterioridad</p> <p>Especificar (para los últimos 2 años del Trastorno distímico):</p> <p>Con síntomas atípicos</p>
Origen: American Psychiatric Association. DSM-IV-TR. ²

ANEXO No: 5

Historia Clínica

Responda detenidamente cada uno del ítem leído.

Datos personales:

Fecha:

1. EDAD (años cumplidos): _____

2. ESTADO CIVIL:

Soltera/o (___) Casado (___) Divorciado (___) Viudo (___)

Unión libre (___)

3. ENFERMEDADES ACOMPAÑANTES:

(_____)

MEDICIONES:

TALLA: cms

PESO: kg

IMC: kg/m²

ANEXO No: 6

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR **TESIS DE GRADO** **DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO E INSTRUMENTO** **DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN**

TEMA:

ANSIEDAD Y DEPRESION CON RELACION A INDICE DE MASA CORPORAL EN ADOLESCENTES DE LOS QUINTOS CURSOS DE CICLO DIVERSIFICADO DEL COLEGIO EXPERIMENTAL 24 DE MAYO EN QUITO-ECUADOR EN EL AÑO LECTIVO 2010-2011

Investigadores:

Verónica Parra Sarzosa, estudiante de décimo segundo nivel de medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

Consentimiento Informado para Participantes de Investigación

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por Verónica Parra Sarzosa, de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador. La meta de este estudio es establecer la relación, si es que existiera, entre el índice de masa corporal y la prevalencia de depresión en mujeres adolescentes que cursan el sexto curso en el presente año lectivo en el Colegio Experimental 24 de Mayo.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una entrevista (encuesta). Esto tomará aproximadamente 10 minutos de su tiempo.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario, pruebas de laboratorio, medidas antropométricas y a la entrevista serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Nombre del Participante
Fecha
(en letras de imprenta)

Firma del Participante

ANEXO No: 7

ESCALA DE DEPRESION DE ZUNG (ZDS)

A continuación se expresan varias respuestas posibles a cada uno de los 20

apartados. Marque junto a cada frase la casilla que mejor refleje su situación actual.

	Muy Pocas veces	Algunas veces	Muchas veces	Casi siempre
1. Me siento triste y deprimida				
2. Por las mañanas me siento mejor que por las tardes				
3. Frecuentemente tengo ganas de llorar y a veces lloro				
4. Me cuesta mucho dormir o duermo mal por las noches				
5. Ahora tengo tanto apetito como antes				
6. Todavía me siento atraída por el sexo opuesto				
7. Creo que estoy adelgazando				
8. Estoy estriñida				
9. Tengo palpitaciones				
10. Me canso por cualquier cosa				
11. Mi cabeza esta tan despejada como antes				
12. Hago las cosas con la misma facilidad que antes				
13. Me siento agitada e intranquila y no puedo estar quieta				
14. Tengo esperanza y confió en el futuro				
15. Me siento mas irritable que habitualmente				
16. Encuentro fácil tomar decisiones				
17. Me creo útil y necesaria para la gente				
18. Encuentro agradable vivir, mi vida es plena				
19. Creo que seria mejor para los demás si me muriera				
20. Me gustan las mismas cosas que solían agradarme				

Zung, W. W. K.: A self-rating depression scale. *Archives of General Psychiatry* 1965; 12:63–70

ANEXO No: 8

CUESTIONARIO DE IMAGEN CORPORAL

Según las opciones indicadas, escoge las que más se acerque a lo que tú piensas de tu cuerpo y su estado actual.

PREGUNTA	NUNCA	RARAMENTE	ALGUN A VEZ	A MENUDO	MUY A MENUDO	SIEMPRE
1.- ¿ Sentirte aburrido/a te ha hecho preocuparte por tu figura ?						
2.- ¿ Te has preocupado tanto por tu figura que has pensado que tendrías que ponerte a dieta ?						
3.- ¿ Has pensado que tenías los muslos, caderas o nalgas demasiado grandes en relación con el resto del cuerpo ?						
4.- ¿ Has tenido miedo a engordar ?						
5.- ¿ Te ha preocupado que tu carne no sea suficientemente firme ?						
6.- Sentirte llena (después de una gran comida), ¿ Te ha hecho sentir gorda ?						
7.- ¿ Te has sentido tan mal con tu figura que has llegado a llorar ?						
8.- ¿ Has evitado correr para que tu carne no botara ?						
9.- Estar con chicas delgadas, ¿ te ha hecho fijarte en tu figura ?						
10.- Te ha preocupado que tus muslos se ensanchen cuando te sientas ?						
11.- El hecho de comer poca comida ¿ te ha hecho sentir gorda ?						
12.- Al fijarte en la figura de otras chicas, ¿ la has comparado con la tuya desfavorablemente ?						
13.- Pensar en tu figura, ¿ ha interferido en tu capacidad de concentración (cuando miras la televisión, lees o mantienes una conversación ?						
14.- Estar desnuda (por ejemplo, cuando te duchas)						

¿ te ha hecho sentir gorda ?						
15.- ¿ Has evitado llevar ropa que marque tu figura ?						
16.- ¿ Te has imaginado cortando partes gruesas de tu cuerpo ?						
17.- ¿ Comer dulces, pasteles u otros alimentos con muchas calorías, ¿ te ha hecho sentir gorda ?						
18.- ¿ Has evitado ir a actos sociales (por ejemplo, una fiesta) porque te has sentido mal con tu figura						
19.- ¿ Te has sentido excesivamente gorda o redondeada ?						
20.- ¿ Te has sentido acomplejada por tu cuerpo ?						
21.- ¿ Preocuparte por tu figura, ¿ te ha hecho poner a dieta?						
22.- ¿ Te has sentido más a gusto con tu figura cuando tu estómago estaba vacío ?						
23.- ¿ Has pensado que la figura que tienes es debida a tu falta de autocontrol ?						
24.- ¿ Te ha preocupado que otra gente vea “gordos” alrededor de tu cintura o estómago?						
25.- ¿ Has pensado que no es justo que otras chicas sean más delgadas que tú ?						
26.- ¿ Has vomitado para sentirte más delgada ?						
27.- Cuando estás con otras personas, ¿te ha preocupado ocupar demasiado espacio (por ejemplo, sentándote en un sofá o en un autobús) ?						
28.- ¿ Te ha preocupado que tú carne tenga aspecto de piel e naranja (celulitis) ?						
29.- Verte reflejada en un espejo o en un escaparate, ¿ te ha hecho sentir mal por tu figura?						
30.- ¿ te has pellizcado zonas del cuerpo para ver cuanta grasa tenías ?						
31.- ¿ Has evitado Situaciones en las que la gente pudiese ver tu cuerpo (por ejemplo en vestuarios comunes de piscinas o duchas) ?						
32.- ¿ Has tomado laxantes para sentirte más delgada ?						

33.- ¿ Te has fijado más en tu figura estando con otras personas ?						
34.- La preocupación por tu figura, ¿te ha hecho pensar que deberías hacer ejercicio ?						